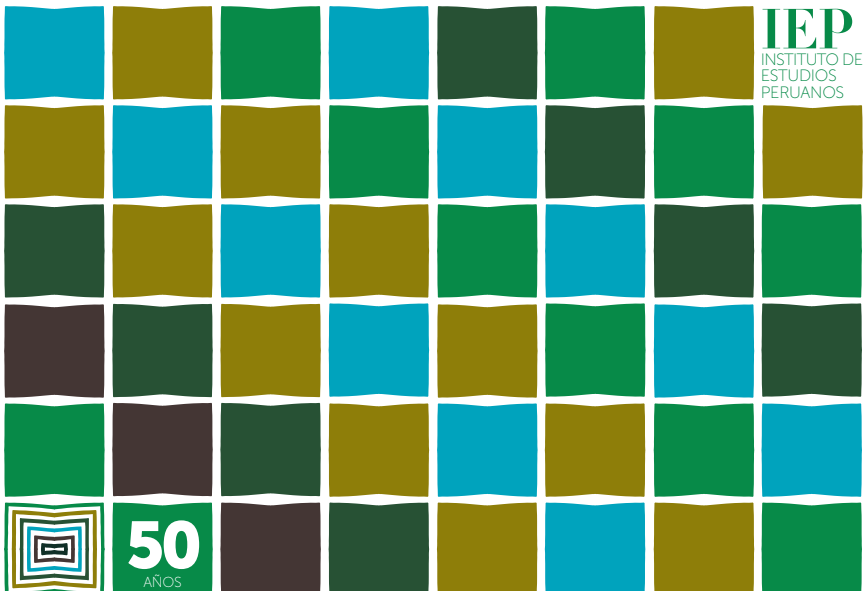


Claudia Chávez
Carmen Yon
Cynthia Cárdenas

El aporte de los egresados del *Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica* de AIDSESEP a la salud intercultural

ESTUDIO DE CASO EN DOS COMUNIDADES DE AMAZONAS



Claudia Chávez
Carmen Yon
Cynthia Cárdenas

El aporte de los egresados del *Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica* de AIDESEP a la salud intercultural

ESTUDIO DE CASO EN DOS COMUNIDADES DE AMAZONAS

Documento de Trabajo N.º 222



Documento de Trabajo del Proyecto Salud de los Pueblos Indígenas, Inequidades Sociales e Interculturalidad del Instituto de Estudios Peruanos. Esta publicación y la investigación que le dio origen se llevaron a cabo con la ayuda de una subvención del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá, Ottawa, Canadá.

© IEP INSTITUTO DE ESTUDIOS PERUANOS
Horacio Urteaga 694, Lima 11
Central telefónica: (51-1) 332-6194
Fax: (51-1) 332-6173
Correo-e: <publicaciones@iep.org.pe>
Web: <www.iep.org.pe>

ISBN edición impresa: 978-9972-51-549-1

Documento de Trabajo, 222 (ISSN 1022-0356)
Documentos de Política, 11 (ISSN 1022-0372)

Edición impresa
400 ejemplares

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2015-16014

Registro del proyecto editorial en la Biblioteca Nacional: 11501131501239

Corrección de estilo:	Diana Zapata
Cierre de edición:	Silvana Lizarbe
Cuidado de edición:	Odín del Pozo

Edición impresa:	
Primera edición:	Noviembre 2015
Tiraje:	400 ejemplares
Impresión:	SINCO DISEÑO E.I.R.L.
Dirección:	Jr. Huaraz 449 - Breña
Telf:	433 5974
E-mail:	sinco.design@yahoo.es

Impreso en Perú, noviembre 2015

El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermos Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDESEP a la salud intercultural. Estudio de caso en dos comunidades de Amazonas / Claudia Chávez, Carmen Yon y Cynthia Cárdenas. Lima, IEP, 2015 (Documento de trabajo, 222. Serie de Política 11)

1. POLÍTICA DE SALUD; 2. SISTEMA DE SALUD; 3. SALUD INTERCULTURAL; 4. POBLACIÓN INDÍGENA; 5. MEDICINA INDÍGENA; 6. PERÚ; 7. AMAZONÍA

WD/04.04.02/P/11



AGRADECIMIENTOS	9
PRESENTACIÓN DEL PROYECTO SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, DESIGUALDADES SOCIALES E INTERCULTURALIDAD DEL IEP	11
PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ENFERMEROS TÉCNICOS EN SALUD INTERCULTURAL AMAZÓNICA DE AIDESEP	15
RESUMEN EJECUTIVO	23
INTRODUCCIÓN	27
1. Uso de los servicios de salud	39
2. El aporte de las enfermeras y los enfermeros técnicos egresados del programa de AIDESEP a la salud intercultural	47
3. Limitaciones para implementar la salud intercultural y mejorar la calidad de atención en los puestos de salud	73
CONCLUSIONES	97
RECOMENDACIONES	101
ANEXO 1: ENTREVISTAS REALIZADAS	110
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111

Lista de gráficos

1. Formas de acceso y tiempo necesario para llegar a puestos de salud estudiados.....	36
2. Razones que desmotivan a la población a acceder al puesto de salud (ejemplos).....	41
3. ¿Qué impide o retrasa tener los documentos requeridos para afiliarse al Seguro Integral de Salud (SIS)?	42
4. Consecuencias de la forma en que viene operando el SIS en las comunidades estudiadas	44
5. Razones por las que es importante que el personal de salud hable el idioma local.....	52
6. Aspectos del perfil del personal técnico formado en salud intercultural valorados por el personal de salud	57
7. Acciones que muestran a la población que el enfermero técnico y la enfermera técnica en salud intercultural tienen interés y compromiso con su trabajo en la comunidad	59
8. Formas en que el enfermero técnico y la enfermera técnica egresados del Programa de AIDSESEP practican la salud intercultural	60
9. Formas en que el enfermero técnico y la enfermera técnica en salud intercultural fortalecen la medicina indígena.....	63
10. Aspectos que desmotivan a las mujeres al parto institucional	65
11. Prácticas interculturales para facilitar el acercamiento de las mujeres gestantes al servicio de salud.....	66
12. ¿Qué caracteriza el trabajo conjunto entre la partera de la comunidad y el enfermero técnico en salud intercultural?	68
13. Ejemplos de situaciones que enfrenta la población usuaria que deterioran el vínculo con el puesto de salud.....	82
14. Problemas de acceso a medicamentos y sus diversas consecuencias	83
15. Carencias y problemas de infraestructura.....	85
16. Carencias y problemas de servicios básicos	85
17. Carencias y problemas de equipos y materiales de trabajo	86
18. Rutas del sistema de referencia y contrarreferencia para la comunidad wampis	88
19. Rutas del sistema de referencia y contrarreferencia para la comunidad awajún	89
20. Dificultades de los puestos de salud para la derivar a los/as usuarios/as a establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive.....	90

Lista de tablas

1. Total de encuestados/as por comunidad, según sexo.....	38
2. Impacto en las metas de cobertura debido a trabajar la atención del parto con enfoque intercultural en un puesto de salud estudiado.....	64
3. Ejemplos de roles y tareas asumidos por los agentes comunitarios y especialistas indígenas	69
4. Ventajas de la formación en salud intercultural ofrecida por AIDSESEP evidenciada comparativamente.....	71

Siglas usadas en el documento

AIDSESP	Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana
AMT	Agentes de medicina tradicional
ASIS	Análisis de situación de salud
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
CAS	Contrato Administrativo de Servicios
CENSI	Centro Nacional de Salud Intercultural
CRED	Control de crecimiento y desarrollo
DESSAI	Desarrollo de los Sistemas de Salud Indígenas
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DNI	Documento Nacional de Identidad
EESS	Establecimiento de salud
ET	Enfermero Técnico
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
FUA	Formulario único de atención
IEP	Instituto de Estudios Peruanos
INSIA	Instituto Nacional de Salud Intercultural Amazónica
IST	Instituto Superior Tecnológico
IESTP	Instituto de Educación Superior Tecnológico Público
JUNTOS	Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
OAGP	Organización Ashéninka del Gran Pajonal
OIRA	Organización Indígena Regional de Atalaya
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORDECONADIT	Organización de Desarrollo de Comunidades Nativas del Distrito de Tahuania
ORPIAN-P	Organización Regional de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Peruana del Norte del Perú
PAR SALUD	Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
PFETSIA	Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica
PPII	Pueblos indígenas
PPR	Presupuesto por resultados
PS	Puesto de salud
PSI	Programa de Salud Indígena
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
SERUMS	Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
TBC	Tuberculosis
UGEL	Unidad de Gestión Educativa Local
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana



Agradecemos de manera muy especial a Gerardo Tukup y Raissa Chamik, enfermeros técnicos en salud intercultural egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica (PFETSIA) de AIDESEP en Bagua. A ellos y a sus familias, por sus valiosos aportes y todas las facilidades brindadas. Así mismo, a los apus y a todas las mujeres y hombres de las comunidades awajún y wampis que nos acogieron, y ofrecieron su tiempo y confianza para responder a las entrevistas y a la encuesta de nuestra investigación.

También queremos reconocer la importante colaboración del personal de salud de los puestos de salud estudiados, de las Microrredes y Redes de Salud de Bagua y Condorcanqui, así como de la Dirección Regional de Salud de Amazonas y de los docentes del Instituto de Educación Superior Tecnológico Público Bagua.

El estudio no hubiera sido posible sin el compromiso de la dirigencia y el equipo técnico de AIDESEP de colaborar con nuestro proyecto y facilitarnos toda la información pertinente. Especial agradecimiento a Alberto Pizango, Henderson Rengifo, Nery Zapata y Bernabé Impi, dirigentes que, en diferentes momentos, nos brindaron su apoyo y opiniones. Muchas gracias a Alfredo Rodríguez, Mónica Sicchar e Isolina Valdez, integrantes del equipo técnico del PFETSIA, que se reunieron con nosotras en diversas ocasiones para discutir el diseño y los resultados del estudio. Sus experiencias y comentarios han enriquecido nuestro análisis. A Juan Reátegui, anterior dirigente de AIDESEP y responsable del Programa de Salud Indígena y del PFETSIA. A Edwin Montenegro, dirigente de ORPIAN, por su buena disposición para acoger nuestro estudio en Amazonas.

El equipo de campo brindó el mejor de sus esfuerzos y garantizó en todo momento la calidad de la información obtenida. Nuestro reconocimiento a la labor de Giovanna Fuentes y Zéfora Kakias, asistentes de campo. A Luz Flores, por su destacado trabajo como supervisora de la encuesta. A Hitler Ugkum, Joy Ruth Flores, Mili Hinojosa, Emiliana Chamik, Hilder Petsa y Calderón Wamputsar, que se desempeñaron con gran compromiso como encuestadores y traductores.

Contamos con los valiosos aportes de Patricia Zárate y Peter Buse para el diseño final de la encuesta. Peter Buse se encargó, además, del procesamiento de esta. Así mismo, recibimos los pertinentes comentarios de María Amalia Pesantes en diferentes momentos del estudio, siendo particularmente importantes sus sugerencias en la revisión final del documento.

Rosario Salas, asistente del proyecto, nos apoyó con mucha responsabilidad y diligencia en todas las fases del estudio. Ella desplegó sus habilidades en las diferentes labores encargadas para lograr que tuviéramos siempre a tiempo la información, materiales y el soporte logístico y administrativo necesarios.



El proyecto Salud de los Pueblos Indígenas, Inequidades Sociales e Interculturalidad del IEP

Actores diversos, como la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud del Perú y las organizaciones indígenas, reconocen que es necesario incorporar el enfoque intercultural en las políticas de salud para disminuir las notables brechas entre los indicadores de salud de los pueblos indígenas y los del resto del país.¹ Sin embargo, como lo muestran los informes de supervisión de la Defensoría del Pueblo (2008; 2015), la implementación de la interculturalidad en los servicios de salud estatales del Perú es aún incipiente y esta ausencia contribuye a la vulnerabilidad en salud de las poblaciones indígenas, las que son afectadas por diversas formas de discriminación cultural, inequidades sociales y exclusión política.

El concepto de salud intercultural involucra el objetivo último de lograr un diálogo equilibrado entre el sistema de salud biomédico y los sistemas de salud indígenas, respetando y manteniendo la diversidad, así como buscando formas de articulación que benefician la salud de la población. Se trata de un tema de justicia cultural (Tubino 2004a) que está estrechamente ligado a la búsqueda de la equidad social y la ciudadanía diferenciada en un país

1. En el caso de la OPS, véase, por ejemplo: *La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Documento de la 138ª Sesión del Comité Ejecutivo de la OPS* (2006). En el caso del MINSA, podemos citar el *Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2010-2012*. Por el lado de los pueblos indígenas, hay ejemplos diversos, como la *Declaración de Cajamarca, II Seminario Internacional Salud Intercultural desde Pueblos Indígenas*, Cajamarca (2011); y *Construyendo puentes: Proyecto de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural en Bagua*. AIDESEP (2013).

pluricultural y multiétnico, como es el Perú. Como afirma Tubino (2004b), el diálogo intercultural presupone generar relaciones de simetría y equidad, que son las condiciones que lo hacen posible. Es decir, no hay que empezar a preguntarse por el diálogo, sino por las condiciones del diálogo (Fornet 2000: 12). De allí que es relevante estudiar las experiencias existentes que buscan la salud intercultural, para analizar el modo en que esta se entiende y las condiciones que favorecen o limitan su real implementación en contextos específicos.

Salud de los Pueblos Indígenas, Inequidades Sociales e Interculturalidad: investigación y evaluación crítica de intervenciones implementadas en el Perú, es un proyecto del Instituto de Estudios Peruanos que se realiza con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá (IDRC). Este proyecto se propone realizar una evaluación crítica de políticas y programas relacionados con la salud intercultural y los pueblos indígenas en el Perú. Los ejes de análisis más importantes son: los desencuentros culturales, los determinantes sociales en salud y las relaciones entre el Estado y la sociedad en la formulación e implementación de políticas y programas de salud. En segundo lugar, esta iniciativa tiene como objetivo difundir y promover la implementación de buenas prácticas y lecciones aprendidas de las intervenciones en salud intercultural, así como generar debate sobre las condiciones sociales que las favorecen y limitan.

Con esta finalidad, hemos realizado tres estudios de caso sobre intervenciones destinadas a mejorar la salud de los pueblos indígenas, las que parten de distintas perspectivas sobre la salud intercultural y son lideradas por diferentes actores sociales y políticos. Las dos primeras son iniciativas de organizaciones indígenas de la sociedad civil, y la última está a cargo de una institución estatal de salud. Estas son:

- El Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP), que se inició en el año 2005. El estudio fue realizado en una comunidad wampis y una comunidad awajún de las provincias de Condorcanqui y Bagua, respectivamente; ambas en el departamento de Amazonas.
- El Programa de Soberanía y Seguridad Alimentaria, para disminuir la desnutrición infantil revalorando conocimientos y cultivos indígenas, del Centro de Culturas Indígenas del Perú CHIRAPAQ, y que tiene sus orígenes en 1996. El estudio se hizo en comunidades

quechuas ubicadas en la provincia de Vilcashuamán, en el departamento de Ayacucho.

- El servicio de salud materna con adecuación intercultural de la Red de Salud de Churcampa, Huancavelica, que tuvo el apoyo del Consorcio Madre-Niño (Calandria, Asociación Kallpa, Salud Sin Límites Perú y Medicus Mundi Navarra) en el periodo 2005-2008, y que ha continuado implementándose. La investigación se llevó a cabo en el centro de salud de Churcampa y una comunidad campesina aledaña, ambas con población quechua, y ubicadas en la provincia de Churcampa.

Nos aproximamos a la salud intercultural desde la perspectiva crítica de la antropología médica, que pone un especial énfasis en las relaciones de poder asimétricas en la construcción del conocimiento sobre la salud, así como en las condicionantes estructurales de la situación de salud de la población (Farmer 1997; Baer et ál. 2003). Entre estas condicionantes están la exclusión política, la inequidad social en el acceso a recursos, así como la discriminación racial, étnica y de género. Desde esta perspectiva crítica, prestamos atención a los contextos institucionales y las condiciones estructurales que afectan un diálogo intercultural en salud, y la salud de las poblaciones indígenas involucradas en los estudios de caso. Tomando en cuenta estas desiguales condiciones para el diálogo intercultural, también analizamos formas de posicionamiento y empoderamiento, como la revaloración de conocimientos indígenas (Walsh 2007) que organizaciones indígenas como AIDSESP y CHIRAPAQ incluyen en sus propuestas de salud intercultural.

Al estudiar la salud intercultural en los servicios de salud oficiales, lo hacemos dentro del marco de la calidad de atención. Ello porque, como muestran contundentemente importantes investigaciones realizadas en zonas andinas (Anderson 2001; Ramírez 2011), la incorporación de la salud intercultural es un componente crucial para mejorar la salud de las poblaciones indígenas y rurales, pero esto es insuficiente si no se mejora la capacidad resolutive y otros componentes de la calidad de atención de los establecimientos de salud, que se tornan más críticos en las zonas más pobres y alejadas. Abordamos la calidad de atención desde un enfoque de derechos de la población usuaria, lo que, como indica Jeanine Anderson, implica una transferencia de poder e iniciativa desde el personal de salud a esta última (Anderson 2001: 26). Acorde con este enfoque, se entiende que la salud intercultural aporta a la calidad de atención en tanto es parte de este cambio

sustancial de las relaciones sociales entre usuarios/as y proveedores/as de los servicios de salud. Así, los estudios de las referidas autoras muestran que la interculturalidad implica, pero no se reduce a hablar el mismo idioma o a ofrecer un trato respetuoso, sino que requiere cuestionar jerarquías sociales entre profesionales y usuarios, un reconocimiento cultural y jurídico desigual del sistema biomédico y los sistemas médicos indígenas, así como formas de discriminación étnica y cultural.

Teniendo esta aproximación crítica, a la vez buscamos que sea propositiva. El estudio sobre el programa de AIDSESP que aquí presentamos, y los otros estudios de caso a publicarse próximamente, ahondan en los aprendizajes y retos de experiencias de salud intercultural que aportan a las políticas de salud existentes desde proyectos de cambio social y cultural. Queremos contribuir así a recuperar la posibilidad transformadora de la interculturalidad y su sentido político y pedagógico (Tubino 2004a; Diez 2009). Para ello, es fundamental no quedarse solo en el análisis de las políticas estatales y el enfoque dominado por la biomedicina, sino incluir las iniciativas de otros actores sociales y políticos, como las organizaciones indígenas y sus propuestas de salud intercultural.



Presentación del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDESEP

Los pueblos indígenas amazónicos que habitamos en la selva peruana desde hace más de 10.000 años tenemos nuestra propia forma de organizar el mundo, la que convive con la manera en que la sociedad occidental organiza también el mundo. La manera en que conocemos y pensamos, a pesar del fuerte proceso de occidentalización al que hemos sido sometidos, sigue vigente, y constituye una de las bases principales de nuestras propuestas de desarrollo.

15

La Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDESEP)¹ tiene como uno de sus objetivos “contribuir a mejorar la calidad de la salud de las comunidades indígenas”, razón por la cual venimos desarrollando desde hace más de 25 años, a través del Programa de Salud Indígena (PSI), propuestas para fortalecer los sistemas de salud indígenas y la salud intercultural, partiendo del reconocimiento de que los pueblos indígenas mantenemos una mirada propia del proceso salud-enfermedad. Por otro lado, la búsqueda de cura para los problemas y necesidades en salud que presentamos, ya no se realiza de forma exclusiva en nuestros sistemas; por lo contrario, hacemos uso tanto de las medicinas indígenas como de la oferta en salud ofrecida por el Estado peruano, pues reconocemos que ambos sistemas tienen tratamientos que permiten superar los diversos problemas de salud presentes en las comunidades.

1. AIDESEP tiene como principal tarea la defensa de los derechos de los pueblos indígenas que representamos y mejorar la calidad de vida de las comunidades indígenas. Actualmente, contamos con 1800 comunidades de base afiliadas a nuestras nueve organizaciones regionales, las que son a su vez afiliadas directas a la organización nacional.

Es en este contexto, no solo exigimos el reconocimiento y el respeto de nuestras medicinas indígenas, sino también que el Estado peruano promueva espacios de articulación entre la biomedicina y las medicinas indígenas con la finalidad de garantizar la implementación de un sistema de salud estatal de calidad y pertinente a nuestras características socioculturales; y creemos que solo será posible crear espacios de diálogo si el Estado promueve e implementa de una manera más efectiva una política pública en salud intercultural indígena. Sin embargo, mientras esperamos que el Estado implemente de una manera más concreta, articulada y efectiva acciones en salud intercultural, las organizaciones indígenas, paralelamente, venimos realizando experiencias en salud intercultural que recogen las necesidades y demandas sentidas de los pueblos que representamos, y esperamos que sean tomadas por el Ministerio de Salud (MINSA).

Una de estas propuestas, que venimos impulsando desde el año 2000, es la formación de jóvenes indígenas como enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica. Antes de describir con mayor profundidad nuestra experiencia de formación, creemos importante mencionar lo que AIDESEP entiende y promueve por interculturalidad: para nosotros, esta palabra implica más que una actitud de respeto y tolerancia frente al otro, es una oportunidad para producir cambios en la forma tradicional, homogénea y colonizadora sobre la cual se ha construido la base del Estado peruano y en la cual los indígenas no nos vemos considerados. En relación con la salud intercultural, creemos que es ir más allá de la incorporación de ciertos elementos culturales o lingüísticos a los servicios de salud para su adecuación; es reconocer que existen otros sistemas de salud tan válidos y legítimos como el occidental para, a partir de ese reconocimiento, construir un sistema de salud estatal en salud intercultural.

Para nosotros, la interculturalidad es un proceso de diálogo, pero no de cualquier diálogo: implica un diálogo entre iguales, es decir, entre personas que pertenecen a culturas que se encuentran en el mismo nivel de valoración. No puede haber interculturalidad, si se sigue creyendo que solo la sociedad occidental produce conocimientos y que los pueblos indígenas producimos saberes que necesitan ser validados por la cultura occidental; nuestros conocimientos solo necesitan ser validados por nuestro propios sistemas de conocimientos y por la realidad. En este sentido, AIDESEP apuesta por una interculturalidad simétrica entre los pueblos indígenas y la sociedad occidental. No creemos que será posible implementar la interculturalidad si no se hace primero un esfuerzo de descolonización de las formas tradicionales

en las cuales se han producido y reproducido las relaciones entre nosotros y los representantes del Estado y que mantienen su hegemonía hasta la actualidad.

En este sentido, apostamos por la interculturalidad como una posibilidad de producir transformaciones en la manera en que el Estado peruano se relaciona con los pueblos indígenas, y en que organiza sus servicios públicos, generando nuevos espacios que permitan definir modelos de atención surgidos del consenso entre representantes del Estado y de las organizaciones indígenas. Bajo esta mirada, para nosotros, la salud intercultural es tomar lo mejor del sistema médico occidental y lo mejor de los sistemas de salud indígenas y diseñar un nuevo sistema que permita la articulación de ambos, sin que esto implique la desaparición del sistema de salud indígena, que seguirá su propio desarrollo. Es importante resaltar que nuestra propuesta de salud intercultural está en permanente construcción y se replantea en función de las experiencias que vamos ganando en el campo y en cómo nuestros egresados formados desde una interculturalidad indígena van realizando innovaciones en este sentido, y es la tarea de ellos contribuir a enriquecer las experiencias indígenas en salud intercultural.

En los últimos años, hemos considerado relevante que se conozca con mayor profundidad la experiencia de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural y se evalúe cómo quienes egresan de nuestro programa desarrollan la salud intercultural; es así que el estudio sobre salud de los pueblos indígenas, inequidades sociales e interculturalidad, realizado por el Instituto de Estudios Peruanos (IEP), representa para nosotros una oportunidad de dar a conocer el camino recorrido por AIDESEP en su desafío por contribuir a mejorar la calidad de la atención en salud que reciben las comunidades indígenas.

Por otro lado, es importante que el Estado reconozca nuestros aportes en relación con la formulación de un perfil profesional que responda a las necesidades en salud de las comunidades indígenas y que no reproduce la atención en salud ofertada en las ciudades, ya que con este tipo de formación se garantiza contar con profesionales indígenas que sean puentes que permitan el diálogo y la coordinación entre los sistemas de salud usados por los indígenas. Por otro lado, creemos que es valioso evidenciar que el profesional formado por AIDESEP contribuye a disminuir las barreras que impiden que la población indígena acceda y haga uso de los servicios de salud del Estado, a los que tienen derecho.

Para conocer un poco más de la historia del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica (PFETSIA) del PSI, es necesario enfatizar que nuestro programa es parte de la propuesta de desarrollo que AIDESEP viene construyendo, la cual denominamos “Plan de Vida Plena de los Pueblos Indígenas de la Amazonía peruana para alcanzar el Buen Vivir”. Para nosotros, el Buen Vivir solo podrá conseguirse si tenemos garantizados nuestros territorios. Por eso, aún estamos esperando que el Estado peruano tittle las 11 millones de hectáreas que falta reconocer como territorio indígena. Las áreas consideradas en el Plan de Vida son: (i) Saneamiento y consolidación territorial, (ii) Producción agroforestal, acuícola y bioindustrial, (iii) Manejo forestal y servicios ecosistémicos, (iv) Educación y salud intercultural, (v) Monitoreo y mitigación socioambiental, (vi) Promoción de mujeres indígenas, (vii) Derechos colectivos y ciudadanos indígenas interculturales, y (viii) Comunicaciones e incidencias en políticas públicas. Cada una de estas áreas es desarrollada por cada uno de los programas con los que contamos.

Para que el Plan de Vida pueda ser implementado, es necesario contar con la elite intelectual indígena, quienes serán los interlocutores directos de nuestra propuesta de Buen Vivir. Por este motivo, dentro de la institución, la formación de profesionales indígenas² es una de nuestras prioridades. La formación que nosotros implementamos tiene como principal eje el diseño de perfiles profesionales basados en la realidad de las comunidades indígenas, que permita a nuestros/as jóvenes desarrollar capacidades tanto del conocimiento occidental, como del conocimiento indígena, sin que esto signifique la pérdida de los valores indígenas y su aculturación. Esto implica construir currículos de formación interculturales, que garanticen el diálogo entre los conocimientos indígenas y los conocimientos occidentales, porque los pueblos indígenas tenemos el derecho de recibir un modelo educativo diversificado y pertinente a nuestra características socioculturales, y no que continúe siendo un aparato de dominación de nuestros conocimientos y de la invisibilización de las formas en que aprendemos los indígenas.

Regresando un poco en el tiempo, desde el año 1990 nosotros empezamos a tomar especial preocupación por *mejorar las condiciones de salud de las comunidades indígenas*; fue así que se decidió crear el PSI. En estos

2. La primera experiencia formativa desarrollada por AIDESEP bajo esta mirada fue la del Programa de Formación de Maestros Bilingües de la Amazonía Peruana (FORMABIAP), y desde el año 2005 se inició la formación de enfermeros técnicos en salud intercultural.

25 años de trabajo, el programa ha impulsado una serie de estrategias orientadas a: (i) Fomentar el reconocimiento de las medicinas indígenas y de los conocimientos de salud, (ii) Identificar los recursos humanos indígenas de cada uno de los pueblos, (iii) Promover la revaloración de los conocimientos y las tecnologías de salud indígenas, (iv) Mejorar el acceso y la atención de salud pública de los pueblos indígenas amazónicos, y (v) Desarrollar un sistema de salud intercultural en la Amazonía peruana.

Bajo estos objetivos es que el PSI empezó a diseñar sus proyectos de intervención. El primer gran proyecto impulsado por AIDESEP fue el Desarrollo de los Sistemas de Salud Indígenas (DESSAI), ejecutado desde el año 1990 hasta el año 2000, en las federaciones de base de la Organización Indígena Regional de Atalaya (OIRA),³ la Organización Ashéninka del Gran Pajonal (OAGP) y la Organización de Desarrollo de Comunidades Nativas del Distrito de Tahuania (ORDECONADIT). El DESSAI promovió la recuperación de recursos humanos, conocimientos y tecnologías indígenas en salud; así como la formación de promotores indígenas de salud con enfoque intercultural. Una vez finalizado el proyecto, una de las conclusiones a las que el equipo técnico del PSI y los dirigentes llegaron, fue que era necesario garantizar la inserción de profesionales indígenas bajo el perfil desarrollado por el DESSAI, al sistema de salud oficial.⁴

19

A partir del año 2000, AIDESEP diseñó la propuesta del Instituto Nacional de Salud Intercultural Amazónica (INSIA), institución que tendría como finalidad formar a los recursos indígenas en salud intercultural. Es así, que empezamos las gestiones con el Ministerio de Educación (MINEDU) y el Ministerio de Salud (MINSU); lamentablemente, estas gestiones no garantizaron la creación del INSIA. Sin embargo, como AIDESEP ya tenía financiamiento para este, decidimos abandonar las gestiones nacionales y, aprovechando que el año 2004, dentro del proceso de reglamentación de la Ley General de Educación N.º 28044, se aprobó el Reglamento de Educación Comunitaria, vimos en esta normativa la posibilidad de concretar en el ámbito local la formación en salud intercultural, desarrollando una innovación pedagógica en salud intercultural a la carrera de enfermería técnica. De esta manera, comprometimos al IST de Atalaya, la UGEL Atalaya y la Dirección Regional

3. Hoy, esta organización no existe más, porque se convirtió en CORPIAA.

4. Mayor información en *Sueños amazónicos. Un programa de salud indígena en la selva peruana* (Hvalkof 2003).

de Educación de Ucayali para implementar el Programa de Formación de Enfermeros Técnicos, con el currículo diseñado por el PSI de AIDESEP.

El Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica (PFETSIA) cuenta con proyectos educativos institucionales diversificados de acuerdo con cada una de las características de los pueblos indígenas que participan de la formación, además de un perfil de competencias basadas en las habilidades que debe tener un profesional que trabaja en comunidades indígenas, y de una malla curricular intercultural que permite el logro de dichas competencias.⁵ Los objetivos del programa son: (i) Formar los recursos humanos indígenas en salud intercultural, (ii) Revalorar y difundir los conocimientos de los sistemas de salud indígenas, y (iii) Promover el trabajo articulado entre los especialistas de salud indígena y el personal de salud.

La metodología de enseñanza-aprendizaje del programa tuvo las siguientes características: recuperación de la pedagogía indígena del “aprender haciendo”, la cual fue enriquecida con las pedagogías occidentales; además, se establecieron procesos de enseñanza en función de competencias y no de contenidos, y se desarrollaron estrategias metodológicas y pedagógicas que permitieron la articulación de los conocimientos occidentales e indígenas en el área de salud.

El PFETSIA inició sus actividades en el año 2005; actualmente, el programa cuenta con tres experiencias realizadas, las cuales fueron: PFETSIA Atalaya, en convenio con el IESTP Atalaya (2005-2008); PFETSIA Bagua, en convenio con el IESTP Bagua (2009-2012); y PFETSIA Nauta, en convenio con el IESTP Joaquín Reátegui (2011-2014), con un total de 65 egresados. Solo la experiencia de Atalaya, en el año 2008, logró conseguir la Mención en Salud Intercultural; las demás experiencias, como producto de los cambios de normativas dentro del MINEDU, no lograron conseguir el reconocimiento oficial de la formación recibida. Sin embargo, producto del trabajo articulado que realizamos con los institutos de formación que albergaron la propuesta y las instancias de educación en el ámbito regional, AIDESEP consiguió que el Instituto Joaquín Reátegui y la Dirección Regional de Loreto, tomando como base la experiencia de AIDESEP y con nuestro apoyo técnico, presentaran en el año 2012 ante el MINEDU, el expediente N.º 0212184-2012,

5. Mayor información en *Formación de enfermeros técnicos en salud intercultural: una experiencia de cooperación entre las organizaciones indígenas de la Amazonía peruana, el Estado y un instituto tecnológico* (Rodríguez, Valdez y Reátegui 2009); y en *Construyendo puentes: Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural en Bagua. Memoria de una propuesta de formación a nivel superior tecnológico desde las organizaciones indígenas 2009-2012* (Cárdenas 2013).

solicitando la creación de la nueva carrera de “Enfermería Técnica Intercultural Bilingüe Amazónica”, carrera que fue autorizada por el MINEDU a través del Oficio N.º 124, del 1º de abril del año 2015. Lamentablemente, la autorización de la creación de la carrera se produjo por aplicación de silencio administrativo positivo, y no por el reconocimiento del aporte que los pueblos indígenas y las instancias regionales educativas venimos aportando a la formación de profesionales interculturales en el Perú.

Finalmente, esperamos que el Ministerio de Educación, a través de una resolución, cree definitivamente la carrera de “Enfermería Técnica en Salud Intercultural Amazónica”, para que dicha formación pueda ser ofertada por todos los institutos tecnológicos de la Amazonía; y que el MINSA, en todos sus niveles, incorpore en su política de atención a nuestras comunidades las experiencias que nuestros enfermeros vienen desarrollando para brindar una atención en salud intercultural de calidad, y que se comprometa a generar plazas de contratación específica para estos nuevos recursos humanos. Creemos que esa es la manera de que esta experiencia pase a ser parte de la política pública en salud.

Queremos terminar afirmando que, para AIDESEP, solo será posible desarrollar un verdadero sistema de salud intercultural, o empezar a implementar el enfoque intercultural en salud, si las instancias responsables en el MINSA incorporan el enfoque y garantizan la participación activa de los pueblos indígenas y de las organizaciones que legítimamente nos representan. Una verdadera salud intercultural debe ser construida con nuestra participación, y no solo desde las altas esferas, desde la mirada “técnica”, donde la interculturalidad se convierte en un instrumento para acercar a los pueblos indígenas al sistema de salud estatal y disminuir los indicadores dramáticos que presentamos. Para nosotros, la interculturalidad representa la oportunidad conjunta en la que representantes del Estado peruano y de las organizaciones indígenas repiensen el sistema de salud peruano, para que sus modelos de atención respondan a las necesidades en salud de los pueblos indígenas y se establezca la manera en que se realiza la referencia y contrarreferencia entre los especialistas de ambos sistemas de salud.

Los pueblos indígenas somos más que estadísticas, somos personas que tenemos derechos y que exigimos el respeto de nuestras formas de percibir la salud y los conocimientos que hemos desarrollado.

Henderson Rengifo Hualinga
PRESIDENTE DE AIDESEP



Resumen ejecutivo

Este estudio surge con la finalidad de conocer las prácticas de salud intercultural de los egresados y egresadas del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica (PFETSIA) de AIDESEP en los establecimientos de salud donde laboran, así como los factores que permiten o dificultan su implementación. Así mismo, se propuso investigar si su desempeño responde o no a las expectativas de calidad de atención en salud de la población.

Importancia del estudio:

23

Este estudio es relevante porque muestra resultados de una experiencia pionera de formación de personal de salud en salud intercultural en los ámbitos laborales en que se desempeñan. El PFETSIA de AIDESEP se propuso formar jóvenes indígenas capaces de brindar una atención en salud tomando en cuenta las características socioculturales y los propios sistemas de salud de las comunidades amazónicas. Se creó un nuevo perfil de profesional orientado a la atención de poblaciones indígenas amazónicas en contextos rurales, basándose en las condiciones y necesidades de salud de estas poblaciones. En los hallazgos de la investigación se evidencian los valiosos aportes de este personal técnico a la salud intercultural y la calidad de atención en los puestos de salud de la región Amazonas en que trabajan. También, se desprenden recomendaciones específicas para la implementación de la salud intercultural en los servicios de salud de las comunidades indígenas de nuestra Amazonía.

Metodología del estudio:

La investigación se realizó en dos comunidades de la región Amazonas: una comunidad awajún en el distrito de Imaza, provincia de Bagua; y una

comunidad wampis, en el distrito de Río Santiago, provincia de Condorcanqui. En estas comunidades se encontraba laborando personal técnico egresado del PFETSIA de AIDESEP. En un caso, se trató de un enfermero técnico que ocupaba el puesto de jefe del establecimiento de salud (comunidad wampis); y, en el otro, de una enfermera técnica que ocupaba el puesto de personal auxiliar (comunidad awajún). La investigación incluyó tres visitas de campo a las zonas de estudio en el período de noviembre de 2013 a septiembre de 2014. Durante el trabajo de campo se realizaron:

- Entrevistas y encuestas a la población usuaria de las comunidades, así como a sus autoridades, especialistas indígenas en salud, promotores de salud y a otros informantes clave.
- Entrevistas al personal de salud de diferentes niveles.
- Observación participante en los establecimientos de salud y en la comunidad.

Resultados del estudio:

24

1. Formas concretas de implementar la salud intercultural por el personal técnico egresado del programa de AIDESEP: implementan la interculturalidad en el sistema de salud estatal de diversas formas que son altamente valoradas por la población:
 - Usan la lengua nativa de forma pertinente para comunicarse con la población usuaria y lograr un diálogo cercano y horizontal con esta.
 - Coordinan con las autoridades comunales y especialistas indígenas¹ para trabajar conjuntamente atendiendo las necesidades y los problemas en salud de la población.
 - Tienen en cuenta las concepciones y prácticas culturales de la comunidad y las integran en sus atenciones; como, por ejemplo, en la atención de partos verticales.

1. Hacemos uso de los términos "especialistas" o "sabios/as" indígenas para referirnos a quienes el MINSA denomina agentes de medicina tradicional (AMT). Estos términos que emplearemos son validados por organizaciones indígenas amazónicas.

- Tienen apertura hacia el uso de las plantas medicinales y un interés constante de seguir aprendiendo y revalorando las prácticas de salud indígena, para así poder integrarlas a la medicina biomédica.
- Actúan como intermediarios y facilitadores para el personal de salud que no ha sido formado con el enfoque intercultural y, sobre todo, para personas no indígenas.

Tras comparar las prácticas del personal técnico egresado del programa de AIDSESEP y otro personal indígena que no tenía formación en salud intercultural, observamos que el hecho de ser indígena no garantiza que se pueda brindar una atención en salud intercultural sin haber recibido formación previamente bajo este enfoque.

2. Contribución de la salud intercultural a la calidad de atención: el estudio ha demostrado que se han logrado mejoras en la calidad de atención gracias al aporte del personal técnico formado en salud intercultural en el programa de AIDSESEP. Según la encuesta aplicada, el 99% de encuestados de la comunidad wampis y el 94% de la comunidad awajún considera que mejoró la atención en sus puestos de salud desde su contratación. Las principales razones de esta mejoría atribuida al personal técnico intercultural son:

- *El trato hacia los usuarios ha mejorado*, aspecto más mencionado en ambas comunidades (45% de encuestados wampis y 78% de encuestados awajún).
- *Brindan información y explican a los usuarios*, aspecto que destacó como la segunda razón más mencionada entre los usuarios wampis (15%).
- *Maneja el idioma de la comunidad y lo usa en la atención*, aspecto que destacó como la segunda razón más mencionada entre los usuarios awajún (19%).

Para la población entrevistada, el *buen trato* del personal técnico en salud intercultural se manifiesta a través de:

- Un trato amable y respetuoso hacia ellos; como, por ejemplo, tener paciencia con los usuarios y ser cariñosos con los niños.
- Mantienen un trato horizontal y sin maltrato, pues mencionan que no crean distancias con ellos y no son resondrados si no siguen sus indicaciones.

- Tienen buena disposición, ya que escuchan sus dudas y consultas, les explican con buen ánimo, y usan términos que pueden ser entendidos por ellos.
3. Los funcionarios de las redes y microrredes de salud también valoran el aporte del personal técnico formado en salud intercultural al sistema de salud estatal. Estos últimos reconocen como aspectos importantes el manejo del idioma nativo, el conocimiento de plantas medicinales, la familiaridad con las formas de vida de la comunidad, el conocimiento de los males de la zona y el conocimiento de prácticas culturales específicas (curación de susto, *cutipa*, entre otras).
 4. Limitaciones y retos para implementar la salud intercultural en el primer nivel de atención: la política sectorial de salud intercultural aún no se implementa ni tiene asignado presupuesto, y la Reforma de Salud no ha contemplado formas concretas de promoverla e implementarla. En este marco, los funcionarios de redes y microrredes aprecian las ventajas de la salud intercultural para el logro de coberturas en los puestos de salud, pero la salud intercultural como tal no es un criterio de evaluación del personal de salud ni suma como parte de sus principales actividades a rendir. La DIRESA no cuenta con especialistas ni recursos para darle continuidad a algunas iniciativas, como los diálogos interculturales, la atención del parto vertical con pertinencia cultural, o la sensibilización y formación del personal en salud intercultural.

A esto se suman las difíciles condiciones laborales de los enfermeros técnicos y otro personal del primer nivel de atención. La alta rotación del personal dificulta el emprendimiento de iniciativas interculturales de largo alcance y la construcción de relaciones de confianza con la población. Los sueldos no competitivos, los contratos cortos por CAS (contrato administrativo de servicios) y la falta de incentivos terminan expulsando a técnicos y profesionales de las comunidades indígenas. Así mismo, las limitaciones de la capacidad resolutive del sistema de salud en los pueblos indígenas amazónicos merma la confianza en sus establecimientos de salud, lo que contrarresta los esfuerzos del personal técnico en salud intercultural por aplicar la interculturalidad y mejorar la calidad de atención en sus servicios.



Introducción

Estudios recientes muestran que las poblaciones indígenas amazónicas en nuestro país se encuentran en un *proceso de acumulación epidemiológica*. Esto significa que, además de las enfermedades recurrentes, en las comunidades indígenas se está advirtiendo el inicio de morbilidades y mortalidades relacionadas con procesos de cambio, tales como la urbanización, contaminación de recursos naturales, migración, entre otros (Defensoría del Pueblo 2015: 32). Sin embargo, tal como lo ha mostrado el citado informe de la Defensoría del Pueblo, el sistema de salud estatal no está respondiendo adecuadamente a esta situación de vulnerabilidad en salud de los PPIL, habiéndose identificado problemas tanto de capacidad resolutive como de falta de pertinencia cultural de los servicios de salud. A esto se suma la ausencia de políticas intersectoriales que mejoren las condiciones de vida de la población y garanticen sus derechos.

27

La situación de salud de los pueblos indígenas de Amazonas está estrechamente relacionada con la situación de pobreza en que vive la mayoría de los hogares indígenas de esta región. Del total de familias de Bagua y Condorcanqui, el 99,4% son pobres y el 76,6% son pobres extremos (OPS 2014). Además, solo el 1% de la población indígena de estas zonas cuenta con agua potable o tratada, y aún la mayoría (78,2%) de las viviendas no dispone de infraestructura para eliminar adecuadamente las excretas (*op. cit.*). Entre las enfermedades más recurrentes de la población indígena de Amazonas están las infecciones intestinales y parasitarias, las infecciones respiratorias, las afecciones perinatales y las de tipo metaxénicas (MINSA 2013). En Condorcanqui se encuentran los distritos más afectados con casos de malaria, según antecedentes epidemiológicos desde 2006: Río Santiago y Nieva. Igualmente, los distritos pertenecientes a Condorcanqui y Bagua son los que recurrentemente se ven más afectados en el ámbito regional por casos de

rabia, fiebre amarilla y dengue (MINSA 2011). A esta situación se suma la epidemia del VIH/SIDA, que es una de las mayores preocupaciones en el sector salud regional por los índices crecientes en estos últimos diez años. Solo en 2013, la Dirección Regional de Salud de Amazonas (DIRESA Amazonas) notificó 80 casos de personas con VIH/SIDA en los distritos de Imaza, Nieva, El Cenepa y Río Santiago (Defensoría 2015), concentrándose la mayoría en el distrito de El Cenepa, en Condorcanqui. Otra enfermedad que empieza a cobrar víctimas entre la población awajún y wampis es la diabetes, que causó el 3% de las muertes en la población indígena amazónica (MINSA 2013).

Tanto en Bagua como en Condorcanqui encontramos una serie de inequidades sociales en la situación de salud de las comunidades indígenas.¹ Los resultados de la encuesta de la Organización Panamericana de la Salud (2014), realizada en ambas localidades, revelan que las mayores tasas de morbilidad están presentes en los grupos indígenas, en comparación con la población no indígena. Así, mientras que 56,2% de los niños indígenas presentan desnutrición crónica, el 21,9% de niños no indígenas están en la misma condición en estas provincias. Así mismo, la prevalencia de anemia es más alta entre los niños indígenas (51,3%) que entre sus pares no indígenas (40,9%). Los recién nacidos y las mujeres gestantes se encuentran dentro de los grupos más vulnerables. El último ASIS de Amazonas (MINSA 2011) muestra que del período 2002 a 2011, la provincia de Condorcanqui es la que presenta el mayor número de muertes maternas en Amazonas, seguida de Bagua, ambas con un mayor porcentaje de población indígena en esta región. En cuanto a muertes perinatales y neonatales, cifras de 2011 indican que Condorcanqui fue la segunda provincia con las tasas más altas de muertes perinatales en Amazonas (después de Chachapoyas). En el caso de Bagua, la situación habría empeorado en comparación con esos años; según cifras de la Red de Salud de Bagua, hasta mayo de 2015 se han reportado 27 casos de muertes perinatales, mientras que en el 2011 se reportaron 20.

Las condiciones en que el sistema salud estatal brinda servicios de salud en los pueblos indígenas de la Amazonía también evidencian su situación de exclusión y vulnerabilidad. Según el Censo Agropecuario 2012, el 51,2% del total de PPII de la Amazonía en el Perú carece de algún tipo de estableci-

1. No se cuenta con estadísticas oficiales del MINSA diferenciadas entre población indígena y población no indígena de Amazonas, a pesar de que la variable de pertenencia étnica ha sido incluida en las historias clínicas de las personas que se atienden en los servicios de salud. Como consecuencia de esta ausencia de información, todavía no se puede conocer a profundidad el perfil epidemiológico de las poblaciones indígenas de esta zona.

miento de salud, y ahí donde sí se cuenta con este servicio, no se dispone de la cantidad ni el perfil de personal de salud pertinente ni con los materiales y equipos necesarios para la atención en salud, dadas las características de acceso geográfico y precariedad de servicios básicos. El abastecimiento de medicamentos en cantidad y calidad es precario en los establecimientos de salud en toda la Amazonía; por ejemplo, pese a que en estas zonas son recurrentes las picaduras de víboras, la Defensoría del Pueblo (2015) demuestra un subabastecimiento de suero antiofídico en puestos de salud de primer nivel (solo 19 de 47 contaban con este antídoto durante su supervisión).

La exclusión de los PPII amazónicos también se expresa en la falta de pertinencia cultural de los servicios de salud (Defensoría del Pueblo 2008; 2015), pese a que estas poblaciones se caracterizan por mantener sus patrones culturales y sistemas de salud propios, y poseen derechos colectivos en salud amparados por normativas internacionales tales como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Si bien el Ministerio de Salud (MINSA) ha adoptado el enfoque intercultural como parte de la estrategia sanitaria de atención a los PPII, los esfuerzos para implementarla en lo referente a la prestación de la salud han sido insuficientes.

29

La mayor parte del personal de salud que atiende en territorios indígenas no ha sido capacitado para brindar una atención intercultural,² lo que permitiría que tuvieran una mayor apertura a las concepciones y prácticas culturales de los usuarios, y al diálogo con los sistemas de medicina indígena locales.³ Tampoco se ha promovido un trabajo colaborativo con especialistas indígenas en salud. Si bien el área materna es de los pocos ámbitos en donde el MINSA ha introducido el enfoque intercultural para la atención, en la práctica todavía no hay avances significativos. La supervisión realizada recientemente por la Defensoría del Pueblo (2015) revela que, de todos los establecimientos visitados (47), solo 16 contaban con servicio de parto vertical. Entre las poblaciones indígenas en Amazonas prima el parto domiciliario:

2. La oferta educativa superior en nuestro país todavía no incluye el enfoque intercultural dentro de la formación de profesionales de la salud. De las 64 universidades que imparten carreras relacionadas con la atención biomédica (medicina, enfermería, obstetricia) solo 16 incluyen este enfoque como uno de los ejes a fortalecer en la formación (Defensoría del Pueblo 2015).

3. En nuestro estudio, emplearemos "medicina indígena" para referirnos a lo que se suele llamar "medicina tradicional" desde el sector oficial de salud, en tanto es una denominación usada por organizaciones indígenas amazónicas.

82,8% en población indígena en Bagua y 88,7% en población indígena en Condorcanqui (OPS 2014).

Los aportes del programa de AIDSESP

AIDSESP ha venido trabajando desde los años noventa para mejorar la salud de los pueblos indígenas amazónicos a través de diversas intervenciones de su Programa de Salud Indígena (ver detalles en la Presentación de AIDSESP). Fue en este marco que surgió el Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica (PFETSA) en el año 2005, con la finalidad de mejorar la atención que se brindaba en distintas regiones amazónicas a través de la creación y consolidación de un subsistema de salud intercultural estatal. Para este fin, se propuso la formación de recursos humanos indígenas capaces de brindar una atención pertinente a las características socioculturales de dichas comunidades, y capaces de reconocer y tender puentes con los sistemas de salud indígena. Esto último supone una apuesta para que el Estado reconozca la vigencia de los conocimientos y sistemas de salud indígenas en la Amazonía.

30

La relevancia del programa de AIDSESP se sustenta en varios aspectos. Se trata de la primera experiencia de formación en salud intercultural desarrollada desde una organización indígena en el Perú, y busca atender más directamente las demandas y necesidades en salud de las comunidades indígenas amazónicas, así como promover el reconocimiento de sus conocimientos y sistemas de salud. Además, supone una alternativa innovadora en lo que se refiere a formación de recursos humanos en salud, pues se creó un nuevo perfil de profesional orientado a la atención de poblaciones indígenas amazónicas en contextos rurales, basado en sus condiciones y necesidades en salud. También, propone mejorar la atención en salud que el Estado estaba brindando a las comunidades indígenas mediante la formación de profesionales en salud intercultural capaces de fortalecer la oferta estatal en salud, lo que fue finalmente configurándose como una respuesta al vacío o inacción del Estado en este ámbito. Finalmente, este esfuerzo de AIDSESP permite conocer cómo una organización indígena se apropia de los conceptos de interculturalidad y salud intercultural y es capaz de implementarlos en una experiencia concreta.

Hasta el momento, existen pocos estudios que den cuenta del trabajo en el campo de la salud emprendido por AIDSESP. El texto editado por Hvalkof (2003) es la publicación de mayor referencia sobre los orígenes y

desarrollo del Programa de Salud Indígena (PSI) e incluye los primeros años del PFETSIA al cubrir la experiencia del primer piloto en Atalaya (Ucayali). Precisamente, un estudio sobre el trabajo en salud intercultural que han venido emprendiendo los jóvenes egresados del PFETSIA en Atalaya (formados entre 2005 y 2008, la primera promoción) ha sido realizado por María Amalia Pesantes en su tesis de doctorado.⁴

Una serie de documentos internos —de corte más institucional— de AIDSEP recuperan a detalle las bases y contenidos de las propuestas formativas en Atalaya, Bagua y Nauta; no obstante, más allá del período de formación de los jóvenes indígenas no se tienen evidencias de los impactos de las intervenciones, salvo evaluaciones puntuales al desempeño en las prácticas preprofesionales. Como la misma organización ha sostenido, se tiene pendiente conocer el desempeño actual de los egresados en salud intercultural de las intervenciones de AIDSEP e identificar la viabilidad de la propuesta de articulación laboral de estos profesionales en el sistema de salud del Estado, aunque evidencias importantes ha dado el estudio de Pesantes para el caso de Atalaya. Por la falta de recursos económicos y técnicos, AIDSEP no ha podido dar seguimiento ni evaluar sistemáticamente al personal técnico formado en salud intercultural por el PFETSIA. Así mismo, tampoco se ha generado y difundido evidencia para sustentar si la labor de este personal técnico contribuye a implementar una atención en salud intercultural en las comunidades indígenas, y si eso repercute en mejorar la calidad de atención de los servicios de salud a los que acuden las poblaciones indígenas amazónicas donde las enfermeras y los enfermeros técnicos laboran.⁵

Tomando en cuenta lo anterior, el objetivo de nuestro estudio de caso fue conocer cómo esta propuesta de AIDSEP estaba permitiendo la implementación de la salud intercultural e influyendo así en la calidad de atención de los servicios de salud a los que acceden las poblaciones indígenas

-
4. María Amalia Pesantes (2014): *Out of sight out of mind: intercultural health technicians in the Peruvian Amazon*. Tesis para optar por el grado de PhD en Antropología. University of Pittsburgh.
 5. Los datos más actuales sobre la labor de las enfermeras y los enfermeros técnicos en salud intercultural que trabajan en distintas regiones amazónicas se conocen a partir del informe de la Defensoría del Pueblo (2015), aunque no es información exhaustiva. La Defensoría ha identificado opiniones positivas por parte de personal médico hacia el desempeño de estos y su manejo de la cultura e idioma local. No obstante, indica que en general se trata de un personal poco valorado, pues está al margen de las capacitaciones (que ofrece el sistema de salud) y de la toma de decisiones en la gestión de los establecimientos de salud en los cuales trabajan.

amazónicas de la región. Dado que para la realización de nuestro estudio nos encontramos con que el período de formación había culminado y algunos de los egresados ya estaban trabajando en diversos puestos de salud de las Redes de Salud de Amazonas, nos planteamos las siguientes preguntas de investigación acordes al estado en que se encontraba el trabajo emprendido por AIDSESEP:

- ¿Hay prácticas de salud intercultural que las enfermeras y los enfermeros técnicos egresados del programa de AIDSESEP han logrado implementar en los EESS donde laboran? ¿Qué factores facilitan u obstaculizan esto?
- ¿En qué medida la labor que realiza este personal técnico en sus EESS responde a las expectativas de calidad de atención y necesidades de salud de la población?
- ¿Cómo apoya o dificulta el marco institucional del sector Salud sus prácticas en salud intercultural?

32

Al abordar estos objetivos del estudio hemos encontrando experiencias positivas, concretas y ejemplificadoras de implementación de la salud intercultural en la atención a usuarios y usuarias de poblaciones indígenas. Estas experiencias demuestran que, en menor o mayor medida, se está respondiendo a las visiones de salud que tienen las comunidades indígenas amazónicas en relación con sus necesidades y problemas en salud, así como a las expectativas que tienen acerca de cómo quieren relacionarse con sus puestos de salud y ser atendidos.

Nuestros principales hallazgos demuestran que, si bien estas experiencias de salud intercultural son viables en contextos locales e impactan en la calidad de atención evaluada por las mismas poblaciones usuarias, se trata más de iniciativas personales y dependen de márgenes de discrecionalidad, autonomía y poder que tienen los enfermeros técnicos en salud intercultural en sus centros de trabajo.⁶ En contraste, dependen menos del marco institucional nacional y regional en que operan y son evaluados los puestos de salud de primer nivel, que viene incorporando la salud intercultural solo en el tema de atención del parto y con diferentes énfasis.

6. La tesis doctoral de María A. Pesantes en Atalaya también encontró que las enfermeras y los enfermeros técnicos en salud intercultural que estaban en posiciones de jefatura tuvieron mayores logros en la aplicación de su formación en salud intercultural.

En el frente de las limitaciones institucionales, se ha identificado que un paso previo que debe resolver el sistema de salud estatal es la forma en que está brindando y organizando la atención en salud en estas comunidades indígenas, asentadas en territorios de difícil acceso y alejados. Hay múltiples carencias y deficiencias en los puestos de salud estudiados que mellan la eficiencia y la capacidad resolutive con la que pueden atender los problemas de salud de las poblaciones, lo cual se vuelve más crítico en zonas donde el sistema de referencia no funciona y no es viable para las condiciones de vida y expectativas de estas comunidades.

Metodología y fuentes de información

Nuestra investigación se basa en el proyecto formativo de AIDSESEP que se ejecutó en Bagua (Amazonas); es decir, el segundo piloto del PFETSIA. El trabajo se realizó en dos comunidades amazónicas ubicadas en distritos con importante densidad de población indígena awajún y wampis, en la región Amazonas. Una de ellas estaba conformada por 474 habitantes pertenecientes a la etnia awajún, ubicada en el distrito de Imaza, provincia de Bagua; y la otra, con 312 pobladores de la etnia wampis, ubicada en el distrito de Río Santiago, provincia de Condorcanqui. Con el objetivo de mantener la confidencialidad y anonimato de la información proporcionada por los participantes del estudio, no se revelarán los nombres de las comunidades donde se trabajó y estas serán llamadas “comunidad awajún” y “comunidad wampis” a lo largo del documento.

Las dos zonas de estudio fueron seleccionadas por tener puestos de salud estatales en los que se encontraban trabajando enfermeros técnicos egresados del programa de formación de AIDSESEP en Amazonas. Un primer criterio de selección de los casos fue que el personal técnico estuviera laborando en sus puestos de salud por un período no menor a tres meses (este tiempo se definió de acuerdo con la alta rotación de personal en la zona) y que hubieran tenido un buen desempeño como estudiantes.⁷ Así mismo, se buscó que los puestos de salud pertenecieran a diferentes cabeceras de Red: Bagua y Condorcanqui. Una vez identificados los casos posibles, se consideraron otras diferencias entre los enfermeros técnicos que podrían ser relevantes en su relación con la población, como su pertenencia étnica y

7. Para la identificación de los casos y criterios de selección se coordinó previamente con representantes de AIDSESEP.

sexo: awajún/wampis y hombre/mujer. Además de cumplir con los criterios mencionados, los casos de estudio también respondieron a otras características contrastantes, como la posición que ocupa el personal técnico formado por AIDESEP. En el caso de la comunidad wampis, el enfermero técnico era el jefe del establecimiento de salud; y, en el caso de la comunidad awajún, la enfermera técnica era un personal auxiliar para la obstetra, quien era la jefa. Ello ofreció interesantes posibilidades de comparación entre las maneras de pensar y actuar del personal de salud indígena con y sin formación en salud intercultural, y entre una proveedora de salud indígena y otra mestiza.⁸ Otra característica es que las comunidades tienen diferentes grados de conexión con centros urbanos: mientras que la comunidad wampis está más distante y menos conectada a los centros urbanos y rutas comerciales del distrito, la comunidad awajún está más cercana a los centros urbanos y es más accesible por las vías fluvial y terrestre.

En ambas comunidades estudiadas, los pobladores interactúan con más de un sistema de salud para atender sus problemas, y los emplean con base en diversos criterios:⁹ tipo de problema de salud, confianza en el personal de salud, eficacia del tratamiento, disponibilidad, entre otros. Si bien la población busca atenderse en el puesto de salud, donde impera el sistema biomédico, también se encuentran vigentes sus sistemas de medicina indígena, que se practica en todas las familias de estas comunidades con diferentes grados de conocimiento y frecuencia. En ambas comunidades encontramos personas que son reconocidas por ser sabias en el uso de plantas o ciertas prácticas de curación, como es el caso de la partera o ciertos adultos con experiencia. Hay parteras en las comunidades visitadas, pero no se tiene la certeza de si también cuentan con especialistas indígenas como curanderos o vegetalistas, a quienes según testimonios de los pobladores solían encontrar en comunidades aledañas.¹⁰

8. Término usado en la zona para denominar étnicamente a quienes no son indígenas.

9. Existen diversos estudios sobre la vigencia de la medicina indígena en poblaciones awajún y wampis, tales como los de Hvalkof (2003), Medina y Mayca (2006), Medina y Salaverry (2013), entre otros.

10. No podemos asegurar que en las comunidades visitadas no había especialistas indígenas. Es posible que en el marco de este estudio no haya sido posible ubicar a estas personas. Hay que tener en consideración que el practicar la medicina indígena (por ejemplo, poseer conocimiento sobre plantas medicinales, y otras prácticas curativas) ha sido visto y continúa viéndose negativamente por diversos grupos que han entrado en contacto con las comunidades awajún y wampis (misioneros religiosos, entre otros) o por las mismas comunidades al suscitarse casos de brujería o daño (además de que, actualmente, las co-

En ambas comunidades, los puestos de salud estatales corresponden al primer nivel de atención (categoría I.1)¹¹ y proveen un servicio que se considera necesario para la realidad sanitaria de la zona. Las mismas poblaciones participaron en las gestiones para la creación de sus establecimientos de salud (ver viñetas en las siguientes páginas) y, si bien quieren contar con este servicio del Estado y lo valoran, también han identificado cambios para mejorar la forma en que se brinda la atención o se presta dicho servicio, que se ajuste más a sus propios términos y expectativas. De allí que la población está dispuesta a negociar internamente aspectos deficientes de sus puestos de salud a fin de que estos continúen funcionando en sus comunidades y así les sean accesibles (a diferencia de lo que puede ocurrir en comunidades vecinas que no tienen puestos de salud), pero con la expectativa de que estos puedan responder mejor a sus necesidades de salud.

La creación de los puestos de salud en las comunidades de estudio

En la comunidad wampis...

... la creación del actual posta de salud se dio en 1999, pero ya existía personal sanitario designado para la atención a la comunidad desde 1995 aproximadamente. La principal motivación para que las autoridades de la comunidad gestionaran una posta de salud propia era la necesidad de atender a las personas con problemas de salud —especialmente emergencias— de manera más rápida. Hasta antes de contar con el servicio de salud, las personas se veían en la necesidad de trasladar a los pacientes hasta Puerto Galilea a través de un camino peligroso e invirtiendo muchas horas de viaje; no siempre se tenía la posibilidad de viajar por río.

comunidades cuentan con pobladores evangélicos y la religión no aprueba dichas prácticas). Por esto, los terapeutas o especialistas indígenas son personas que se protegen y no se les ubica con facilidad. Además, algunos de los especialistas indígenas puede que no tomen un nombre específico, como es el caso de algunas mujeres que tienen mayor conocimiento para atender partos en cada grupo familiar, pero que no se denominan parteras.

11. El puesto de salud I-1 es el nivel de menor complejidad en el sistema de salud y cuenta con personal de salud no médico.

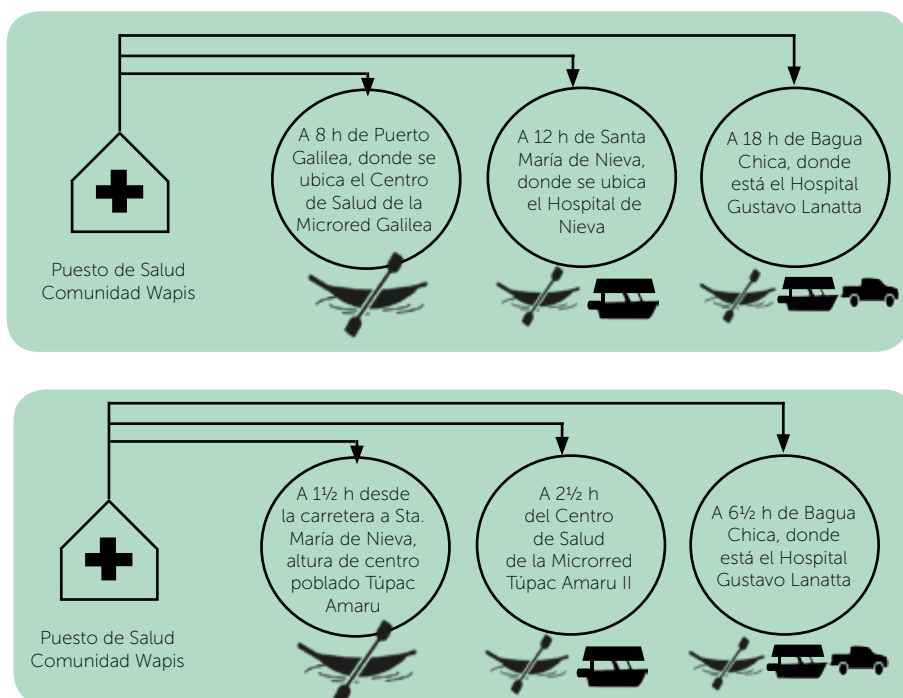
En la comunidad awajún...

... la creación del actual puesto de salud fue en 2002. La principal motivación para que se gestionara la posta de salud propia surgió a partir de un episodio de emergencia que atravesó un joven de la comunidad al ser picado por una víbora; este finalmente falleció. El comunero que era padre de este joven fue quien lideró las coordinaciones con la Red de Bagua para la creación del puesto de salud, pues se suscitaban muchos casos de picadura de víbora en la comunidad y no había una forma de atender inmediatamente a los pacientes. Este señor desempeñó por muchos años el rol de presidente de salud de la comunidad e impulsó mejoras para el servicio de salud.

Gráfico 1

Formas de acceso y tiempo necesario para llegar a puestos de salud estudiados

36



Fuente: Elaboración propia.

La investigación realizada en ambas comunidades es principalmente de carácter cualitativo. Incluyó tres visitas de campo a las zonas de estudio en el período de noviembre de 2013 a septiembre de 2014. Durante el trabajo de campo se recogió información a partir de entrevistas semiestructuradas, observación participante y acompañamiento a actores clave, conversaciones informales y la aplicación de una encuesta en cada comunidad.

En total, se realizaron 83 entrevistas a diferentes actores en las propias comunidades (población usuaria, autoridades, personal de salud, agentes comunitarios, profesores y especialistas indígenas) y del sistema de salud regional en sus tres niveles (jefes, personal de salud y funcionarios de áreas críticas como la materna, de enfermedades transmisibles y promoción de la salud). Así mismo, se realizaron observaciones en diversos espacios o actividades de relevancia para el estudio: atención diaria en los puestos de salud, actividades extramurales del personal de salud y específicamente del personal técnico formado por el programa de salud intercultural de AIDESEP, reuniones entre personal de salud y la población, actividades comunales (como asambleas o faenas), entre otras. El proceso de recojo de información se complementó en Lima con la realización de entrevistas a representantes de AIDESEP: dirigentes, asesoras y equipo técnico que estuvo involucrado en el Programa de Formación en Bagua; así mismo, con la participación en un taller nacional de la consulta previa de la Política Sectorial de Salud Intercultural, realizado por el CENSI.

La aplicación de la encuesta respondió a la necesidad de triangulación de cierta información previamente recogida con un abordaje cualitativo, y los resultados respaldan también nuestros hallazgos. La muestra estuvo conformada por mujeres y hombres mayores de 18 años, que fueron usuarios del servicio de salud en sus comunidades respectivas. Se aplicaron 73 encuestas sobre calidad de atención en la comunidad wampis (con un total de 118 habitantes mayores de 18 años) y 62 encuestas en la comunidad awajún (con un total de 172 habitantes mayores de 18 años), realizándose un total de 135 encuestas.

Tabla 1
Total de encuestados/as por comunidad, según sexo

	Mujeres	Hombres
Comunidad awajún	31	31
Comunidad wampis	43	30
TOTAL	74	61

Fuente: Encuesta realizada por el IEP.

La organización de este documento contempla un primer capítulo donde se aborda el uso y acceso a los servicios de salud estatales por parte de la población de las comunidades wampis y awajún estudiadas. En el segundo capítulo se presentan los aportes de las enfermeras y enfermeros técnicos egresados del programa de formación de AIDSESP a la calidad de atención en los establecimientos de salud estudiados, deteniéndose en las diversas formas de practicar la salud intercultural durante sus labores cotidianas. El tercer capítulo muestra las limitaciones de diferente orden que enfrenta este personal técnico en salud intercultural tanto para poner en práctica la salud intercultural como para, en general, mejorar la calidad de atención de sus establecimientos de salud. Finalmente, se ofrecen conclusiones y recomendaciones que surgen de los casos analizados respecto de la implementación de la salud intercultural en los pueblos indígenas amazónicos y a otros aspectos críticos que influyen en la calidad de atención de los servicios de salud que se encuentran en sus territorios.



Tanto en la comunidad wampis como awajún estudiadas, la mayoría de las personas considera necesario contar con servicios de salud estatales accesibles, a los cuales acuden por diversas razones y condiciones de salud. En ambas comunidades, son las mujeres con hijos pequeños las que asisten con mayor frecuencia a la posta de salud. En menor medida lo hacen las mujeres que no tienen hijos o tienen hijos adolescentes o adultos. El grupo de población que menos asiste a los puestos de salud, en ambas comunidades, es el de jóvenes solteros, especialmente los varones. Cuando los hombres (jóvenes o adultos) tienen hijos pequeños acuden con un poco más de frecuencia al puesto de salud llevando a sus niños a ser atendidos.

39

En cuanto a las razones principales para acudir al servicio de salud, en ambas comunidades encontramos que las madres de familia acuden con regularidad para realizar los controles de crecimiento y desarrollo (CRED) a sus niños menores de cinco años. En menor medida, las mujeres gestantes acuden a los puestos para sus controles prenatales, aunque en ambos lugares progresivamente está aumentando la frecuencia de este tipo de controles por la sensibilización sobre el tema lograda por el personal de salud. Igualmente, el condicionamiento del Programa JUNTOS está influyendo para que en ambas comunidades se incrementen los controles CRED y los controles prenatales, a fin de recibir el beneficio económico.

Motivos de uso del servicio de salud

La encuesta realizada por el IEP con población usuaria (2014) indica que:

- *El 59% de las mujeres que asistieron al puesto de salud lo hizo la última vez para realizar el control de crecimiento y desarrollo a sus hijos o hijas.*
- *El 56% de los hombres que asistieron al puesto de salud lo hizo la última vez porque tuvo algún problema de salud, tal como gripe, dolor de cuerpo, dolor de columna, diarrea, dolor de cabeza, fiebre, entre otros.*

La población usuaria en general acude a sus respectivos puestos de salud para atender determinados problemas de salud que considera que pueden ser tratados por la medicina biomédica, por ejemplo: gripe, diarrea, fiebre, parasitosis, dolor de estómago, dolor de cabeza, tifoidea, picadura de víbora, entre otras.

De otra parte, en las dos comunidades se pueden distinguir dos grupos de personas que rechazan acudir al puesto de salud. Están quienes no desean asistir al servicio de salud (especialmente en la comunidad awajún) por motivos religiosos. Son personas afiliadas a iglesias evangélicas, que también sustentan en sus concepciones religiosas la negativa a realizar los trámites para sacar DNI y afiliarse al SIS. Otro grupo lo conforman quienes rechazan recibir una atención específica promovida por el servicio de salud (vacunación, atención de parto, recepción de tratamiento anticonceptivo, entre otros), pero sí acuden para otros fines, como realizar los controles a sus hijos. Las razones de esta negativa se deben a relaciones de desconfianza y desencuentros culturales, que generan miedos, inseguridades y concepciones negativas de las poblaciones en torno de la vacunación, los anticonceptivos o la atención del parto por parte del personal de salud, entre otras prácticas, que veremos con más detalle en el capítulo 3.

Hay otro grupo de la población que, si bien desea acudir a los servicios de salud, se ve desalentado por las dificultades que tienen para afiliarse al SIS y para hacer uso de este aun cuando ya están afiliados. Dentro de los obstáculos para la afiliación se menciona que se trata de una gestión engorrosa, pues se debe contar con documentos de identificación (como partida de nacimiento, DNI), demanda tiempo y dinero, y muchas veces es un trámite poco comprensible. En el siguiente gráfico se muestran con mayor detalle

Gráfico 2

Razones que desmotivan a la población a acceder al puesto de salud (ejemplos)

RECHAZO A PARTO INSTITUCIONAL: vergüenza en mujeres (de ser atendidas por personal de salud varón) y celos de esposos.

RECHAZO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: inseguridad por efectividad de método y efectos secundarios para la salud, y desconfianza de esposos (es un signo de infidelidad).

RECHAZO A VACUNACIÓN: desconfianza en la vacunación por efectos secundarios y perjuicios a la vida (asociadas a la religión).

RECHAZO A ATENCIÓN EN GENERAL: religión evangélica prohíbe el uso de medicina biomédica, provista por el puesto de salud.

No voy a la posta porque tengo vergüenza y no tenemos costumbre de dar a luz, desde muchos años nuestras abuelas nos enseñaron cómo dar a luz y cuidarnos [...] es vergonzoso porque te recuestan en la camilla te abren las piernas y te observan cómo sale el bebe...

(Entrevista a usuaria E1 de comunidad awajún)

[...] yo sé también que en esta población a veces existe machismo [...] por ejemplo hubo una pareja en la cual a su esposa le decía que no se cuide con la ampolla porque de repente iba a tener relaciones con otros hombres...

(Entrevista a obstetra de la Microrred Galilea)

[...] dicen: "técnica dicen que nos mandan para que nosotros muramos, para que nosotros los awajún con la vacuna poco a poco que fallezcamos..."

(Entrevista a enfermera técnica en salud intercultural de comunidad awajún)

Porque si se van a la posta, les van a dar medicina y los vacunarán en lo que van a pertenecer al sello de la bestia del 666 [...] tienen mucho temor para no pertenecer al diablo, por eso es el temor de ir al puesto de salud...

(Entrevista a usuaria E16 de comunidad awajún).

las razones que dificultan el proceso de afiliación al SIS, aunque se sabe que desde el RENIEC y los propios establecimientos de salud se vienen dando facilidades en los trámites para obtener el seguro, como aceptar afiliar a niños cuyos padres no cuentan con DNI, pero un hermano mayor sí posee el documento.¹

Gráfico 3

¿Qué impide o retrasa tener los documentos requeridos para afiliarse al Seguro Integral de Salud (SIS)?



Fuente: Elaboración propia.

1. Otro problema encontrado tiene que ver con el rol que cumplen los registradores civiles en las comunidades, que normalmente son autoridades comunales. Estos registradores no siempre están a disposición de la población para realizar el trámite para obtener la partida de nacimiento. El personal de salud identifica que los registradores no están bien capacitados y no reciben un sueldo por su trabajo, por lo cual no se comprometen lo suficiente con esta labor.

Además, en ambas comunidades, incluso para el caso de usuarios/as de los puestos de salud que sí cuentan con el SIS, la forma en que este se implementa adolece de una serie de restricciones para recibir atenciones, medicamentos o ser derivado a otro nivel de atención, que termina mermando la utilidad que podría tener para la atención en salud en una zona con preocupantes indicadores de pobreza y salud, y afectando la capacidad de respuesta del propio personal de salud. Las poblaciones usuarias encuentran dificultades con la forma en que se implementa el SIS en sus comunidades, la que no se ajusta a sus expectativas y necesidades de atención por la forma en que el personal está difundiendo y comunicando las pautas de la cobertura del seguro, y por la forma en que se justifica que una necesidad de atención puede o no ser cubierta por el SIS. Esto último está afectando la satisfacción de los usuarios sobre la capacidad de resolución del servicio a sus múltiples y frecuentes problemas de salud:

[...] una vez cuando estuvo muy mal mi hijo con fuertes vómitos, fiebre alta, le envié a mi esposo que vaya a la posta para que le atienda con medicinas, y le dio para la fiebre, sulfametazol. Como no le pasaba el vómito, era muy continuo, le envié nuevamente a mi esposo para que le atienda, se fue y no venía con los medicamentos, mi hijo se empeoraba. De pronto vino y que la licenciada le había negado atender, aparecía en casa, y me comentó que no quiso atenderle y que no se atiende dos veces por día, sino dentro de 10 días puede volver, y que ya no vuelva más que no lo atenderá nuevamente. (Entrevista a autoridad E17 comunidad awajún)

43

Por motivo de que en la posta nos dicen que no debemos hacernos atender más de dos veces al mes, con el SIS, la mejor opción que tomamos es de ir en los botiquines o pequeñas farmacias y comprar las medicinas que necesitamos, puede ser una gripe, o enfermedades que nos aqueja, y de esa manera no vamos mucho al Puesto de Salud. (Entrevista a usuario E12 comunidad awajún)

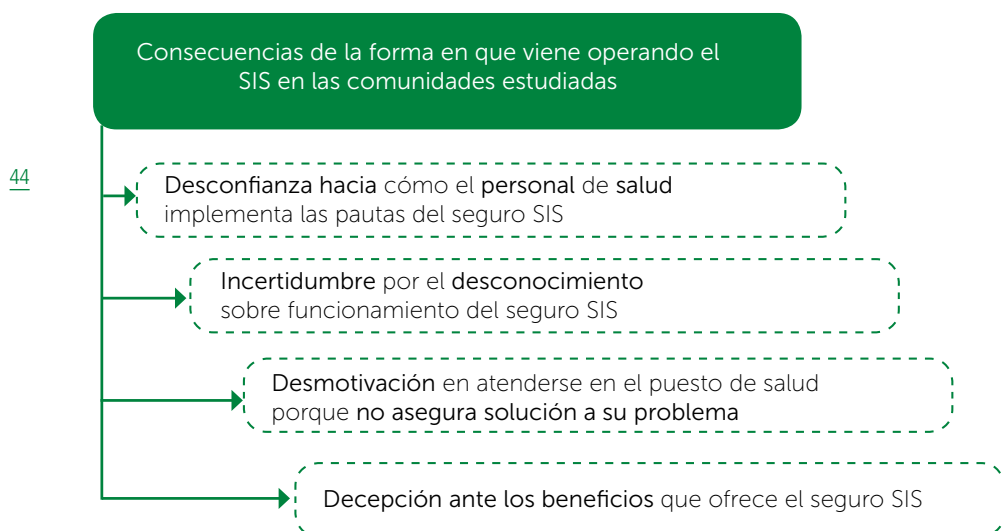
Esta evaluación sobre el funcionamiento del SIS también es compartida por ciertos funcionarios del sector Salud de la región. Una funcionaria de la Red de Condorcanqui considera que el SIS con el que cuenta la población indígena en la zona no brinda todas las condiciones para una cobertura al 100% porque el presupuesto que da el gobierno no es suficiente. Por esto, los pobladores wampis cercanos a la frontera con Ecuador van a atenderse con el seguro de ese país, pues ofrece mejores condiciones para la atención totalmente gratuita:

Sabemos que nuestros pacientes muchas veces de la frontera no vienen acá, se van al Ecuador a hacerse atender, y allá el seguro sí les cubre todo, todo, todo,

ellos no te gastan ninguna pastilla, lo terminan de atender. Incluso lo traen en la movilidad y lo dejan en la frontera, cruzan nada más [...]. Nosotros damos vergüenza, porque nosotros no podemos cubrir un verdadero seguro como debe ser. Los presupuestos que da el gobierno para el AUS son insuficientes para la población. (Entrevista a funcionaria de la Red de Condorcanqui)

Finalmente, debe mencionarse que las limitaciones para la atención de usuarios afiliados o no al SIS están afectando también al propio personal de salud. En los puestos observados, el personal de salud continúa atendiendo a la población usuaria (niños y adultos) a pesar de no contar con DNI y SIS; no obstante, estas atenciones no se registran como parte de la producción reconocida por el sistema de salud del Estado.²

Gráfico 4



Fuente: Elaboración propia.

2. El mecanismo de PPR conlleva a que el presupuesto (traducido en insumos, medicamentos, entre otros) que se asigna al establecimiento se calcule a partir de la producción que este tiene; es decir, sus atenciones a pacientes afiliados al SIS o con DNI reportados periódicamente en formularios llamados Formulario Único de Atención (FUA). Dentro de estos parámetros de evaluación de la producción no se da cabida a las atenciones realizadas a la cantidad de usuarios que no cuentan con el SIS ni con DNI pero que sí forman parte de la "producción" real del establecimiento: el personal invierte tiempo atendiéndolos, les da medicamentos, etc.

Frente a esta situación, el personal de salud trabaja presionado por atender a personas afiliadas al SIS y promover la afiliación de más personas, porque eso le permitirá contar con mayores fichas FUA (con las cuales se contabiliza la producción del establecimiento de salud). Se conoce que, para las Redes de Salud, el tener más o menos fichas FUAS puede ser un criterio para despedir al personal de salud.³

Así, vemos que existen diversas razones que limitan el acceso a los servicios de salud estatales a las poblaciones indígenas awajún y wampis. Algunas de estas limitaciones están directamente vinculadas con la relación entre el Estado y los pueblos indígenas y la calidad de atención que se les brinda en los servicios de salud. Precisamente, el uso de un enfoque intercultural puede generar cambios positivos en estos ámbitos. En el siguiente capítulo veremos cómo las enfermeras y los enfermeros técnicos en salud intercultural vienen contribuyendo a este respecto.

3. Si bien en esta sección se han abordado diversas deficiencias sobre la implementación del SIS en las comunidades indígenas amazónicas y la brecha de afiliación que existe, se debe puntualizar que, a fines del año pasado, el MINSA ha ajustado la política del SIS. El objetivo ha sido plantear medidas que permitan facilitar precisamente la afiliación de las poblaciones indígenas amazónicas al SIS y fortalecer el servicio gratuito que se brinda a estos grupos a través del incremento del presupuesto.



El aporte de las enfermeras y los enfermeros técnicos egresados del programa de Aidesep a la salud intercultural

En este capítulo mostraremos las diversas maneras en que el personal técnico egresado del programa de AIDESEP viene implementando prácticas en salud intercultural en un nivel micro dentro del marco que les permite el sistema estatal de salud. Se evidenciará la forma en que estas prácticas están contribuyendo a mejorar la calidad de atención de los servicios de salud. Así mismo, se mostrarán las formas concretas en que vienen implementando la interculturalidad en salud en diferentes aspectos, tanto para favorecer la construcción de relaciones de confianza con las poblaciones usuarias, como para volver más pertinente la atención en salud o dar reconocimiento a la medicina indígena, entre otros.

La formación en enfermería técnica en salud intercultural desarrollada por AIDESEP contribuye visiblemente al trabajo que actualmente desarrolla el personal técnico egresado de su programa de formación (PFETSIA) en los puestos de salud observados. De acuerdo con la educadora Cynthia Cárdenas, directora del PFETSIA (Bagua) en el período 2011-2013, se pueden distinguir al menos cuatro características del programa formativo que permitieron educar con alto nivel a los y las jóvenes indígenas. En primer lugar, la construcción de un currículo por competencias profesionales, lo que implicó la priorización de una serie de competencias interculturales específicas para atender a población indígena, que posibilitaron la articulación de la biomedicina con la medicina indígena, considerando los aspectos más importantes de ambos sistemas médicos en función de las competencias a

ser alcanzadas. Un segundo aspecto, es la implementación de procesos de enseñanza-aprendizaje sustentados en las características del aprendizaje y la pedagogía indígena, lo que fue denominado "aprender haciendo". Esta propuesta pedagógica implicó invertir el proceso de enseñanza, comenzando por la parte práctica antes que la teórica; es decir, primero se llevó a cabo el aprendizaje concreto de los y las jóvenes, para que luego reflexionaran sobre las acciones realizadas. Un tercer aspecto es que la plana docente estuvo conformada por especialistas de ambos sistemas médicos, quienes trabajaron en permanente coordinación. Para el caso de las áreas propias de la biomedicina, se firmaron acuerdos con establecimientos de salud para que funcionaran como hospitales docentes donde los y las jóvenes pudieran poner en práctica lo aprendido en contextos reales de atención. Para el caso de la medicina indígena, los médicos indígenas contaron con una asistencia pedagógica para llevar la formación individual característica de la medicina indígena a un contexto de enseñanza grupal, debido a que el alumnado no sería curandero, pero sí debía contribuir a la recopilación, revaloración y fortalecimiento de los conocimientos en salud y la medicina indígena, razón por la que necesitaba conocer las bases de la medicina indígena de sus pueblos y ser puente entre ambos sistemas médicos. Un cuarto aspecto es que, desde el primer momento de su formación, los y las estudiantes pasaron por un proceso fuerte de (re)valoración de las culturas indígenas, lo que respondía a expectativas de las organizaciones indígenas de la zona en relación con la importancia por consolidar el respeto a la población indígena y el fortalecimiento de estas organizaciones en su accionar en temas de salud; es decir, conseguir que los jóvenes salieran con un fuerte compromiso con sus pueblos y comunidades, y que respetaran la organización indígena en todos sus niveles.

Desde que comenzaron sus prácticas preprofesionales, los y las jóvenes no solo debían presentarse ante las autoridades de salud locales, también debían hacerlo ante las autoridades indígenas. Además, al momento de la evaluación de su desempeño, se realizaron reuniones con las autoridades y miembros de la comunidad para recoger sus observaciones sobre su desempeño profesional. Esta práctica contribuyó a que, desde el comienzo, se preocuparan por coordinar con las autoridades comunales y valoraran su apoyo en la realización de su trabajo, además de fortalecer la idea de que ellos/as se encontraban prestando un servicio y debían preocuparse por brindar una atención de calidad a sus usuarios.

La formación impartida a los y las jóvenes indígenas tenía como finalidad que su desempeño profesional, una vez concluida su carrera técnica, fuera pertinente y respondiera a las condiciones y necesidades de las poblaciones usuarias, lo que es reconocido tanto por la población como por personal de las microrredes que supervisan su labor, tal como veremos en las siguientes páginas.

Perfil de competencias de las enfermeras y los enfermeros técnicos en salud intercultural

- Reconoce, utilizando indicadores propios u occidentales, las enfermedades prevalentes y más significativas de la población, valorando la precisión y oportunidad de su diagnóstico.
- Administra tratamiento indígena u occidental, conociendo la enfermedad y los medicamentos en todos sus efectos, respetando la cosmovisión del paciente.
- Organiza a los miembros del equipo de salud occidental, indígena e intercultural, asignando tareas y funciones específicas, valorando las virtudes de cada uno de ellos.
- Promueve la recuperación, conservación y el desarrollo de conocimientos propios en el cuidado de la salud de los pueblos indígenas, valorando el intercambio de experiencias para estos propósitos.
- Diseña, ejecuta y evalúa actividades específicas tendientes a una atención integral de salud (inmunizaciones, vigilancia epidemiológica, etc.), respetando la cosmovisión y los valores ancestrales de las personas.
- Identifica y controla signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio; así como signos de alarma en el recién nacido, utilizando métodos occidentales e indígenas, respetando reglas y valores comunales.
- Identifica el origen y maneja con eficiencia tratamientos específicos para mordedura de ponzoñosos, utilizando tecnologías propias u occidentales, valorando la acción inmediata frente a estos accidentes.
- Entiende, habla, lee, y redacta correctamente en lengua materna; valorando la importancia de la conservación y comunicación de la misma.

Fuente: Proyecto educativo institucional de AIDSESEP. Subrayado propio.

2.1. Reconocimiento de las contribuciones del personal técnico formado en salud intercultural para mejorar la calidad de atención

Un aspecto fundamental para acudir al puesto de salud y apreciar los beneficios de los tratamientos ofertados y las formas de prevención, son las relaciones de confianza y formas de comunicación que la población establece con los prestadores de salud. En el estudio constatamos que el enfermero técnico y la enfermera técnica en salud intercultural han contribuido de modo importante a las relaciones de confianza entre el personal de salud y la población de las comunidades awajún y wampis, tanto en el ámbito colectivo como en el individual.

El reconocimiento de las autoridades comunales y especialistas indígenas de salud es leído por la población como señal de respeto a sus formas de organización, cultura y prácticas de salud. Podemos identificar dos formas en que estas expectativas de la comunidad vienen siendo tomadas en cuenta por el personal técnico formado en salud intercultural y otro personal de salud de los puestos de salud estudiados: i) el reconocimiento y coordinación con autoridades comunales para identificar las necesidades de salud de la población y mejorar el servicio de salud, y ii) el reconocimiento y coordinación con personas de la comunidad que atienden la salud o especialistas indígenas. En ambas comunidades indígenas de estudio, fue posible encontrar experiencias positivas en la relación con estos miembros de la comunidad, siendo destacado el esfuerzo conjunto de las autoridades comunales y el enfermero técnico en salud intercultural para trabajar conjuntamente con la partera de la comunidad wampis, como se detallará más adelante.

En términos de la relación con la población usuaria de los servicios de salud, el 99% de las personas encuestadas de la comunidad wampis mencionó que la atención del puesto de salud de su comunidad mejoró desde que el enfermero técnico en salud intercultural empezó a trabajar en dicho establecimiento. En la comunidad awajún, el 94% de las personas encuestadas opinaron lo mismo respecto de la enfermera técnica en salud intercultural.

Las principales razones por las cuales las poblaciones usuarias consideran que los enfermeros técnicos en salud intercultural han contribuido a mejorar la atención en sus puestos de salud son (en orden de importancia): i) el trato hacia los usuarios ha mejorado (45% de encuestados wampis y 78% de encuestados awajún), ii) brindan información y explican a los usuarios,

aspecto que destacó como la segunda razón más mencionada entre los usuarios wampis (15%), y iii) manejan el idioma de la comunidad y lo usan en la atención, aspecto que destacó como la segunda razón más mencionada entre los usuarios awajún (19%).

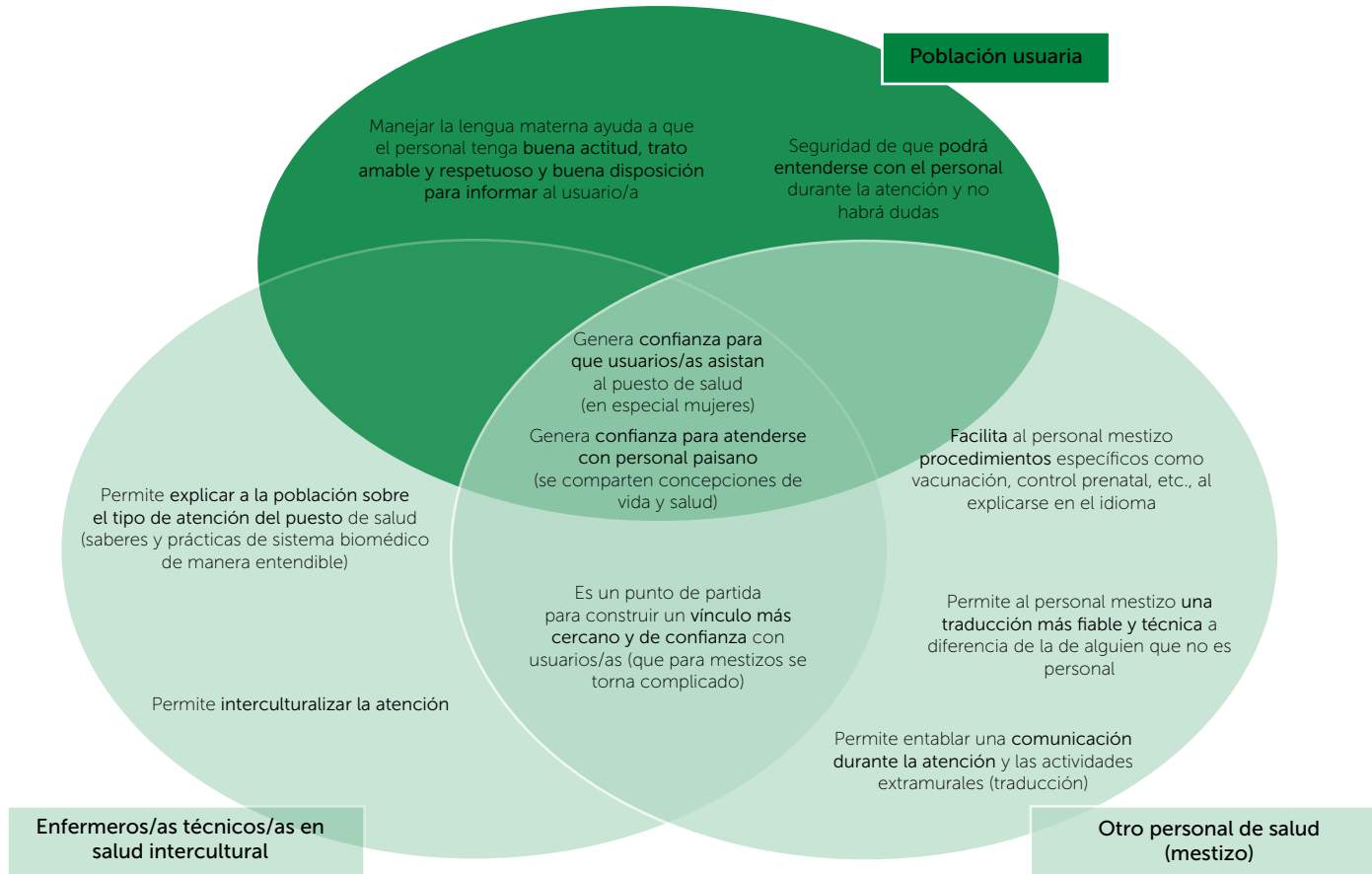
En las entrevistas a usuarios/as se resaltaron también estos aspectos de la calidad de atención. En ambas comunidades, el “buen trato” del personal de salud es un aspecto que las poblaciones usuarias valoran y se convierte en una condición de base para que sientan confianza y acudan al puesto de salud. El *buen trato* para las poblaciones usuarias de las comunidades awajún y wampis se expresa en actitudes y comportamientos muy concretos de amabilidad, respeto, horizontalidad, así como en la buena disposición para atender y escuchar por parte del personal de salud:

1. Trato amable y respetuoso:
 - “Tener paciencia” con los usuarios/as.
 - Atención con cariño a los niños.
2. Trato horizontal y sin maltrato:
 - Trato igualitario y sin crear distancias entre personal de salud y usuarios/as.
 - No resondrar a los usuarios/as por no seguir indicaciones pauteadas por el personal de salud.
3. Actitud de escucha y buena disposición:
 - Recibir con buen ánimo a los usuarios/as.
 - Buena actitud para explicar y dar información a los usuarios/as en términos entendibles por estos.
 - Buena actitud para escuchar las dudas o consultas de los usuarios/as.

Así mismo, para las poblaciones usuarias el que los prestadores de salud hablen *su lengua materna* es un requisito indispensable para que se construyan relaciones de confianza con ellos, pues mediante el manejo del mismo idioma se facilita el acercamiento, diálogo y entendimiento mutuo. Por su parte, el personal de salud (tanto formado en salud intercultural como el no formado) valora este aspecto como fundamental para brindar una buena atención, en tanto permite dar las explicaciones necesarias sobre los procedimientos que realizan y darse a entender mejor cuando brindan indicacio-

Gráfico 5

Razones por las que es importante que el personal de salud hable el idioma local



Fuente: Elaboración propia.

nes a los usuarios/as en el consultorio y en las actividades extramurales. En el gráfico que viene a continuación, mostramos las razones por las que el manejo del idioma por parte del personal de salud es sumamente relevante, tanto para la población como para el personal de salud indígena y mestizo. Como veremos, desde diferentes perspectivas y posiciones, la población y los prestadores de salud coinciden en que el dominio del idioma materno de la comunidad redunde en una mayor confianza en los servicios de salud:

En el siguiente recuadro se resumen los aspectos de la formación que recibió el personal técnico en el programa de AIDSESEP, que han sido más útiles para mejorar la calidad de atención y contribuir al tipo de trabajo valorado por la población:

Formación de enfermeras y enfermeros técnicos en salud intercultural que ayudó a mejorar la calidad de atención

Aspectos clave:

- a. Trabajar con una concepción del rol de profesional de la salud orientada a la ética del servicio.
- b. Considerar al usuario como una persona con agencia y derecho a recibir una atención en salud de buena calidad y pertinente culturalmente.
- c. Tener motivaciones del trabajo en la salud que trascienden el cumplimiento de coberturas y resultados exigidos por el sistema de salud.
- d. Adaptar el servicio de salud a la dinámica y necesidades reales de la población usuaria.
- e. Dar prioridad a la construcción de una relación de confianza y horizontal con los usuarios.
- f. Valerse de conocimientos, herramientas y activos culturales para ofrecer una atención más acorde a las condiciones de vida y necesidades de la población.

2.2. Formas de implementar la interculturalidad en la relación con la población

A continuación, presentaremos las actitudes, capacidades y acciones concretas en las cuales los enfermeros técnicos en salud intercultural ponen en práctica la interculturalidad en la relación que tienen con la población de sus

puestos de salud. Estas formas de hacer realidad la salud intercultural confluyen para construir una relación de mayor confianza, horizontalidad, respeto y comunicación con la población, lo que permite que se dé un mejor trato y entendimiento. Ello es valorado por la población como parte de una mejora en la calidad de atención de los servicios de salud, como hemos visto en el acápite anterior.

El fortalecimiento de la identidad y la valoración de los conocimientos indígenas se emplean a favor de una relación más cercana y pertinente con la población

El programa de AIDSEP tuvo como uno de sus ejes transversales el fortalecimiento de la identidad indígena de los y las jóvenes debido a que estos provenían del sistema educativo nacional, en el cual no necesariamente el pertenecer a un grupo indígena es un aspecto valorado. Muchas veces, en la escuela se alientan procesos de discriminación y menosprecio cultural. Como resultado de este proceso de fortalecimiento, se ha podido evidenciar que el enfermero técnico y la enfermera técnica en salud intercultural son más conscientes de la importancia de valorar su cultura y, a partir de ello, aprender a relacionarse de manera más horizontal con la población usuaria, sin establecer una jerarquía entre los conocimientos biomédicos aprendidos en su formación y los conocimientos médicos indígenas.

En su vínculo cotidiano, este personal técnico en salud intercultural busca romper con las jerarquías y distancias, incluso profesionales, que puede tener con las poblaciones usuarias, lo cual influye positivamente en su trabajo. Ello también es reconocido por los funcionarios de las microrredes donde trabajan:

[...] aplica la interculturalidad bien allá en esa comunidad, porque son wampis, y como él es wampis aplica allí lo que le han enseñado en el instituto. Es uno de los técnicos que sus coberturas están siendo óptimas, y se debe pues por la interrelación que tiene con la comunidad, a diferencia de otros puestos. (Entrevista a personal de salud de la Microrred Galilea)

[...] he visto de que también se relaciona bien con las personas, con los awajún tiene esa carisma, de relacionarse con ellos. (Entrevista a personal de salud de la Microrred Túpac Amaru II)

Los conocimientos acerca de la cultura de las comunidades usuarias que son útiles al trabajo de los enfermeros técnicos en salud intercultural

son los relacionados con: i) la realidad sanitaria, los problemas de salud y formas de curación propia de dichas poblaciones; ii) las condiciones de vida y formas de organizarse colectivamente y políticamente; y iii) la lengua materna que también maneja la comunidad.

Cómo el enfermero técnico wampis usa sus conocimientos sobre los valores y nociones de pudor, vergüenza y respeto de las mujeres wampis para ofrecerles una atención con pertinencia cultural

- Cuenta con la partera como apoyo para la atención a las mujeres dentro y fuera del puesto de salud: Ella reúne varios puntos a favor:
 - Es mujer y comparte nociones de pudor y respeto de sus paisanas.
 - Maneja la lengua materna de las mujeres.
 - Tiene familiaridad y confianza con las personas de la comunidad.
 - Es de la comunidad y está más disponible y al alcance para apoyar.
- Evalúa su nivel de involucramiento en las atenciones (controles prenatales, atención del parto), tomando en cuenta el permiso de las mujeres usuarias.
- Actúa con prudencia y respeto para no sacrificar la relación de confianza que las mujeres usuarias tienen con el personal de salud.
- Busca involucrar a las parejas de las mujeres usuarias en asuntos del cuidado de la salud y atenciones en el puesto de salud.

Desde el punto de vista de la población usuaria, esta considera que los enfermeros técnicos en salud intercultural son también sus paisanos (es decir, *alguien igual a mí y por ello no me tratará como distinto o inferior*) y se pueden tener relaciones más cercanas (de confianza) y de ayuda mutua con ellos. Consideran que pueden sentir mayor empatía, compromiso y afinidad para atender y ayudar a sus pacientes y paisanos.

La buena relación que está construyendo el personal técnico en salud intercultural con las poblaciones usuarias se sustenta también en su buen trato, disposición y ánimo para atender, explicar y escuchar al paciente y evitar maltratar o resontrar a las personas por actitudes contrarias, como no haber seguido una indicación del personal o haber faltado a una atención programada.

Una consecuencia directa de la relación de confianza y buen trato que establece este personal técnico en salud intercultural con la población es que esta última esté más dispuesta que antes a acudir al puesto de salud

a escuchar y entender acerca del trabajo que debe realizar el personal de salud en la comunidad.

Se convive mejor con la diversidad de conocimientos y prácticas en salud de la comunidad y se considera al sistema biomédico como un recurso más

Para el personal técnico formado en salud intercultural, la medicina biomédica y la medicina indígena son igual de importantes y pueden ser complementarias (en tanto son eficaces para determinados problemas de salud) para la atención en salud de las poblaciones usuarias.

Pese a ser trabajadores de un sistema de salud fundamentalmente biomédico, no valoran la medicina biomédica como superior y apoyan que la población continúe empleando también su propia medicina indígena. Incluso, su conocimiento de la medicina indígena les permite comprender mejor la interacción que hay entre sistemas médicos en la forma en que los usuarios tratan su salud¹ y, a partir de ello, promover con pertinencia (comprendiendo los límites del uso y capacidad de decisión de cada persona sobre qué medicina emplear) el uso de la medicina biomédica.

56

Actúan como intermediarios de sus colegas mestizos no familiarizados con el trabajo con la población indígena y su medicina

El personal técnico indígena formado en salud intercultural cumplen un rol de intermediario y facilitador para el personal de salud no formado con este enfoque y, principalmente, para personas no indígenas. Esto se concreta en aspectos como:

- Dar a conocer información acerca de ciertas plantas medicinales y los usos que les da la población. Esto evita que se recomienden tratamientos biomédicos contraproducentes.

1. En ambas comunidades, si bien la población busca atenderse en el PS donde impera el sistema biomédico, también se encuentran vigentes sus sistemas de medicina indígena, que se practica en todas las familias de estas comunidades con diferentes grados de conocimiento y frecuencia. Esta situación permite comprender el hecho de que las poblaciones interactúan con diferentes explicaciones y tratamientos sobre cómo manejar su salud y hay contextos en que aceptan unas y rechazan otras, según el sistema médico del que provengan.

- Familiarizar a otro personal de salud en la cultura sanitaria local (desde enfermedades locales hasta prácticas de curación indígena).
- Oficiar de traductores en el momento de las atenciones, pues comprenden la lengua materna de la población y saben que es importante que haya una mutua comprensión.

En el siguiente gráfico se detallan algunos aspectos del perfil de las enfermeras y los enfermeros técnicos en salud intercultural que son especialmente valorados por el personal de salud no formado en este enfoque (tanto mestizo como indígena), reconociendo su aporte para dar una mejor atención en salud y lograr las metas de los establecimientos de salud en comunidades indígenas:²



Fuente: Elaboración propia.

2. En conversación con personal de salud no indígena de las microrredes a las que pertenecen los puestos de salud estudiados, se supo que generalmente el contar con personal de salud indígena significaba una estrategia para elevar las coberturas de atención:

Hemos estado viendo ya, la otra, el mes de mayo, hicimos ingresar al técnico awajún a Nuevo Belén, y hubo resultados porque la gente sí se dejó vacunar, dejó a sus niños controlarse [...] Esa manera también hemos con hecho con [la enfermera técnica en salud intercultural], dos meses después hemos ingresado a la enfermera técnica en salud intercultural de nuevo, y estamos viendo los resultados para poder lograr las metas, las coberturas que nos están dando pues. (Entrevista a personal de salud de la Microrred Túpac Amaru II)

Trabajan motivados por una ética de servicio y por ello están dispuestos a adaptarse a las necesidades de la comunidad

Un aspecto que favorece una mejor relación de los enfermeros técnicos en salud intercultural con la población es que se han formado bajo una filosofía y ética de servicio.³ Ambos han interiorizado que son trabajadores que están al servicio de las personas y deben ser responsables, así como adaptar su atención a la dinámica de la población. Este personal técnico ve a comuneros y comuneras como usuarios/as del servicio de salud con derechos que a la vez son sus paisanos indígenas, y por ello hay un mayor compromiso y actitud de servicio hacia ellos a fin de contribuir a mejorar su situación de salud.

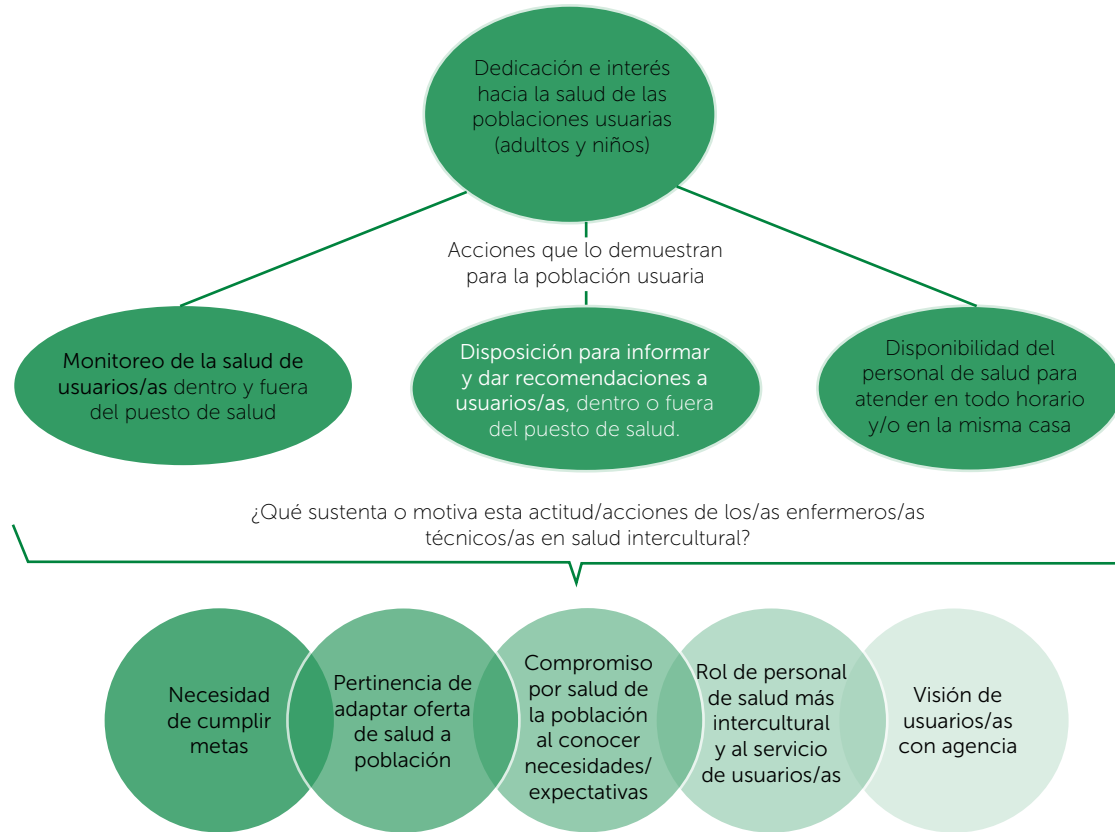
La forma en que se expresa esta ética de servicio es particularmente apreciada por la población de las comunidades estudiadas. Así, destacan su responsabilidad en el cumplimiento de horarios de trabajo y su permanente disponibilidad para atenderlos en el momento que los necesitan y adecuar la oferta de salud a las dinámicas de las familias de la comunidad (a sus horarios, actividades y lugares que frecuentan). Cabe indicar que para la población es muy importante que el personal de salud permanezca en el puesto de salud y en la comunidad misma debido a sus dificultades de acceso a otros servicios de salud (por costo, lejanía, falta de transporte y desconfianza).

Ponerse en el lugar del otro y entender sus necesidades, es parte de una relación intercultural que los enfermeros técnicos en salud intercultural egresados del programa de AIDSESEP están poniendo en práctica. En el siguiente gráfico se presentan acciones que, para las poblaciones usuarias, son demostrativas de que el personal técnico en salud intercultural tiene interés y está comprometido con su trabajo en la comunidad.

-
3. Como lo analiza Esperanza Reyes (2007) en su estudio con prestadores de salud de una microrred en la costa rural, la cultura de servicio en los trabajadores de salud se habría visto modificada ante el avance de las reformas de salud estatales que han promovido una nueva gerencia pública, la cual ha tenido implicancias tanto para las condiciones laborales de los trabajadores de salud como para su relación con las poblaciones usuarias. En el programa formativo de AIDSESEP, se trabajó con los y las jóvenes el compromiso de que debían estar al servicio de sus pueblos y convertirse en futuros líderes para cambiar la situación y atención en salud de las comunidades. Para esto fue fundamental el fortalecimiento de la identidad indígena y reforzar la idea de pertenencia a un grupo. Como producto de las prácticas preprofesionales, los y las jóvenes evidenciaron situaciones de discriminación y falta de respeto hacia las poblaciones indígenas en la atención en salud. A partir de estas experiencias fue también que se enfatizó qué prácticas no debían ser reproducidas por su parte.

Gráfico 7

Acciones que muestran a la población que el enfermero técnico y la enfermera técnica en salud intercultural tienen interés y compromiso con su trabajo en la comunidad



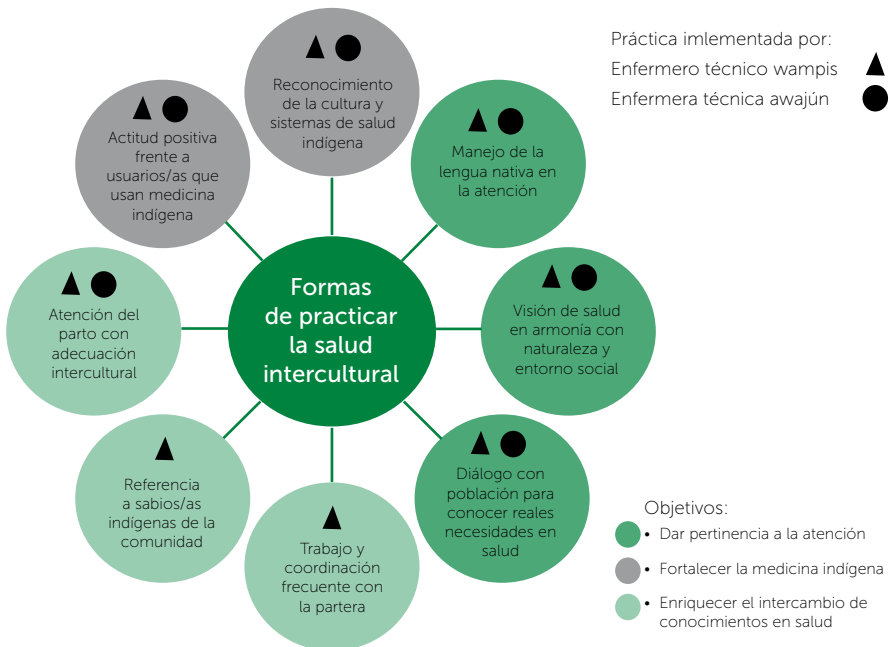
Fuente: Elaboración propia.

2.3. Formas de implementar la salud intercultural en la atención en salud

Además de aplicar lo aprendido en salud intercultural para establecer una relación más horizontal y de confianza con la comunidad, el personal técnico formado por AIDESEP también está implementando la interculturalidad en la atención que brinda en sus puestos de salud. Esto lo hacen mediante acciones concretas que buscan: i) dar pertinencia a la atención en salud teniendo en cuenta las concepciones y prácticas culturales, la realidad sanitaria (o problemas de salud de la zona) y las expectativas de la población; ii) fortalecer y hacer uso de la medicina indígena; y iii) propiciar un enriquecimiento entre conocimientos y prácticas en salud de la medicina indígena y de la medicina biomédica. En el siguiente gráfico se plasman estos objetivos y se detallan acciones en salud intercultural implementadas por la enfermera técnica o el enfermero técnico en salud intercultural en su labor cotidiana:

Gráfico 8

Formas en que el enfermero técnico y la enfermera técnica egresados del Programa de AIDESEP practican la salud intercultural



Fuente: Elaboración propia.

En los dos casos de estudio, la posibilidad de poner en práctica estas acciones depende en gran medida de la iniciativa individual del propio personal técnico formado en salud intercultural, y menos del sistema de salud bajo el cual operan. En esto influye la posición que ocupa el enfermero técnico en salud intercultural en su establecimiento, y el grado de autonomía y discrecionalidad para trabajar siguiendo las normativas del Ministerio de Salud (MINSA) y la DIRESA, pero a la vez tomando decisiones para ampliar el espectro y formas de abordar la realidad sanitaria (incluyendo los problemas de salud de la zona) de las poblaciones usuarias.

Dar pertinencia cultural a la atención en salud

Los conocimientos iniciales sobre el proceso de salud-enfermedad-atención que tenían el enfermero técnico y la enfermera técnica en salud intercultural como miembros de un pueblo indígena, además de la formación recibida por AIDESEP para perfeccionar o adquirir conocimientos en medicina indígena, vienen posibilitando que cuenten con una visión más integral sobre la salud de sus usuarios (y no solo restringida a explicaciones y pautas del sistema biomédico) y puedan aplicarla en su trabajo en los puestos de salud. Dentro de las acciones concretas que expresan su visión más integral y empática de la salud de las comunidades indígenas donde laboran, podemos mencionar las siguientes:

- Incluir en los antecedentes clínicos de un usuario/a el tratamiento con plantas medicinales u otras formas de curación indígena.
- Adecuar el tratamiento biomédico por recomendar en caso de que el usuario/a haya empleado plantas medicinales.
- Considerar que los males de la zona (aquellos reconocidos por el sistema médico indígena amazónico), como susto, *cutipa*, daño, entre otros, forman parte de la realidad sanitaria de la comunidad. A partir de esto, comprender y aceptar que el origen de estos males no se explica por la lógica biomédica y sí por las relaciones sociales y el vínculo con la naturaleza (animales, río, plantas, etc.), como parte de una cosmovisión distinta sobre el bienestar y la salud.

Fortalecer y hacer uso de la medicina indígena

La valoración y deseo de fortalecer los conocimientos y prácticas de salud indígena de las comunidades usuarias se expresa en la apertura del enfermero técnico y la enfermera técnica en salud intercultural frente al uso de plantas medicinales y otras formas de curación de los pueblos wampis o awajún. Así mismo, se manifiesta en el interés que tiene este personal técnico en seguir cultivando su conocimiento acerca de la medicina indígena —cuyos primeros contenidos han sido impartidos en la experiencia de formación de AIDESEP⁴—, y en su disposición para tener un trabajo colaborativo con especialistas indígenas en salud o sabios de la comunidad para tratar la salud de la población usuaria.

Con el afán de mostrar ejemplos de cómo la salud intercultural se pone en práctica mediante el fortalecimiento de la medicina indígena, haremos referencia a algunas acciones puntuales llevadas a cabo por el enfermero técnico y la enfermera técnica en salud intercultural.

Propiciar un enriquecimiento entre conocimientos y prácticas biomédicas e indígenas

Este objetivo de la salud intercultural se expresa claramente en el área de atención materna, especialmente la atención de partos, que se viene dando en los puestos de salud observados con distintos grados de éxito.

Si bien existe la norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural desde 2005 y el MINSA (MINSA 2007; Del Carpio 2013) y algunas direcciones de salud regionales vienen impulsando una serie de acciones para promover su implementación, muchas veces no se llegan cuestionar aspectos de fondo sobre cómo se presta el servicio de salud a las comunidades indígenas. Por ejemplo, aspectos como el grado de intimidad

4. Los conocimientos y prácticas en torno de la medicina indígena impartidos por el programa formativo de AIDESEP han sido los necesarios para que los y las jóvenes puedan desarrollar una atención intercultural. No se pretendía que ellos y ellas se convirtieran en especialistas indígenas, sino que fueran puentes entre dos sistemas de conocimientos en medicina (medicina biomédica y medicina indígena amazónica). Para que logaran este diálogo de conocimientos necesitaban conocer las principales características de la medicina indígena: percepciones, repertorios, principales terapias, entre otros. Vale mencionar que el personal de salud que trabaja con los enfermeros técnicos en salud intercultural reconoce lo valioso de este aprendizaje para facilitar el trabajo en salud en comunidades indígenas.

Gráfico 9



Fuente: Elaboración propia.

y comodidad que requieren las mujeres durante la atención, la posibilidad de ser informadas y decidir sobre procedimientos o sobre cómo se inmiscuye el personal de salud en la situación del parto, entre otros.

Las Redes de Bagua y Condorcanqui están implementando formas de adecuación intercultural que apuntan a mejorar la atención del parto y volverlo más pertinente a las necesidades y expectativas de las mujeres, y también buscan acondicionar el espacio con elementos culturales. En los puestos de salud se cuenta con trípode para facilitar el parto vertical; así mismo, en ciertas comunidades se están implementando casas de espera y huertos con plantas medicinales para tratar a las mujeres antes, durante y después del parto. Por el lado de mejorar la atención, el plan de parto que realiza el personal de salud con la gestante está posibilitando que esta última manifieste su opinión respecto de la presencia de familiares, la partera, definir el lugar donde desea dar a luz, etc. En esta línea, también se viene coordinando con agentes comunitarios de salud para tenerlos como aliados para la referencia de pacientes.

Tabla 2

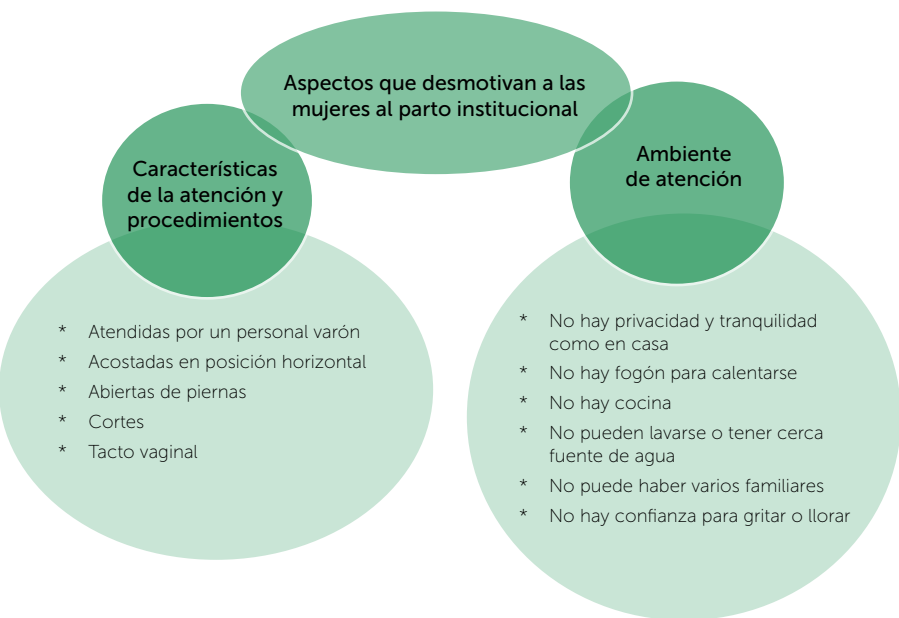
Impacto en las metas de cobertura debido a trabajar la atención de parto con enfoque intercultural en un puesto de salud estudiado

Las coberturas alcanzadas en el área materna por el puesto de salud de la comunidad wampis son consideradas como un logro importante para el enfermero técnico en salud intercultural en el periodo que viene laborando en esta comunidad. El incremento en partos institucionales es particularmente notable. Entre los años 2013 y 2014 se observan resultados más positivos en comparación con el año 2012, cuando el enfermero técnico todavía no ingresaba al puesto de salud (su ingreso fue a mediados de 2013).

Indicador	2012			2013			2014		
	Programado	Ejecutado	Cobertura	Programado	Ejecutado	Cobertura	Programado	Ejecutado	Cobertura
Gestantes atendidas	20	13	65,0%	20	21	105,0%	20	16	80,0%
Gestantes controladas	17	6	35,3%	17	11	64,7%	17	10	58,8%
Partos institucionales	20	0	0%	20	2	10,0%	20	12	60,0%
Batería de gestantes	20	6	30,0%	20	7	35,0%	20	9	45,0%

Fuente: Estadísticas de la Red de Condorcanqui.

Gráfico 10



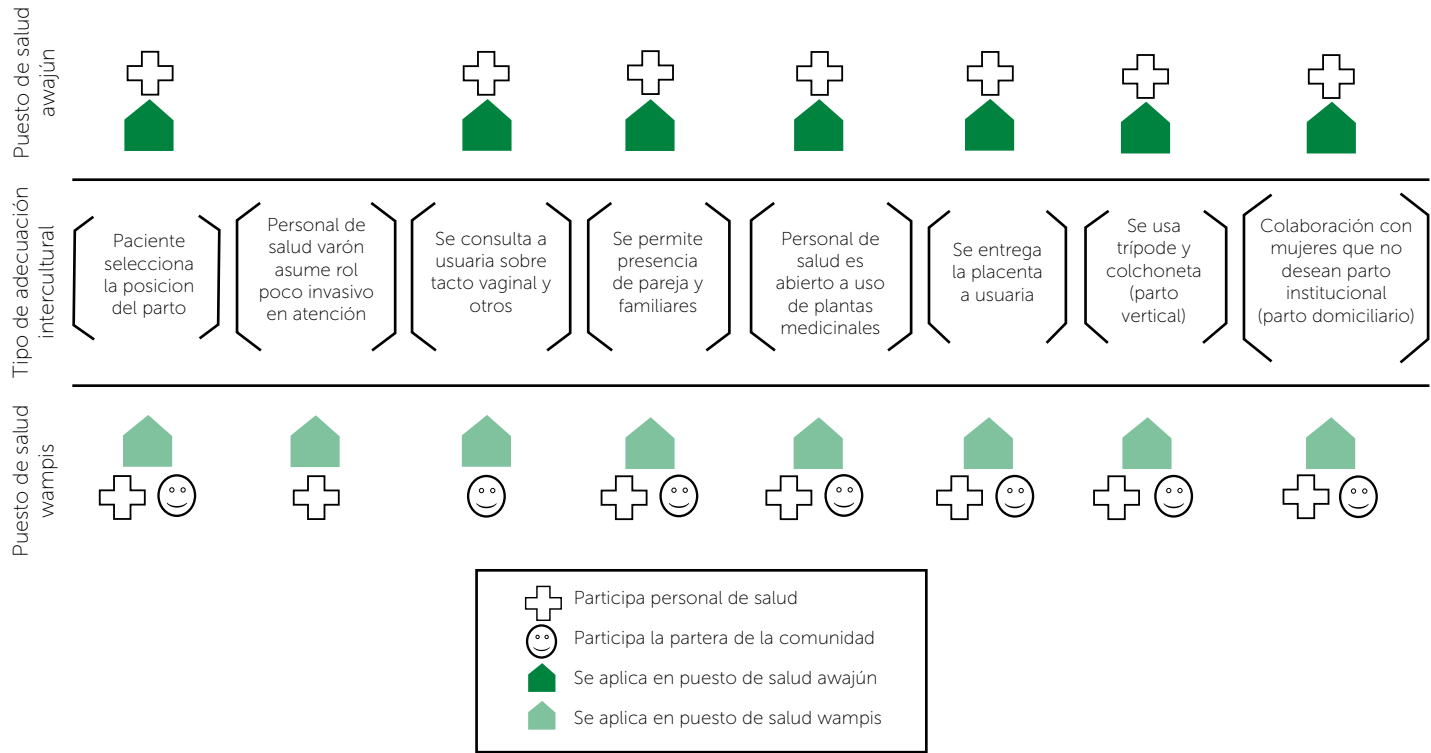
Fuente: Elaboración propia.

Tal como lo confirman otros estudios (Hvalkof 2003; Medina y Mayca 2006; UNICEF 2010; entre otros), las mujeres de las comunidades estudiadas prefieren dar a luz en sus casas porque es el ambiente donde sienten la comodidad, familiaridad y confianza de ser atendidas por sus familiares, la partera o incluso algún personal de salud, pero en los términos que ellas permiten.

Ante el panorama de profundo rechazo de las mujeres wampis y awajún de atender su parto en el servicio de salud, ambos enfermeros técnicos en salud intercultural y otro personal de salud decidieron impulsar una serie de prácticas interculturales para facilitar un acercamiento con las mujeres gestantes, responder a lo que ellas deseaban y necesitaban para acceder a ser atendidas por el personal de salud dentro del puesto de salud y también, muchas veces, en sus domicilios. En el siguiente gráfico se detallan estas prácticas según puesto de salud:

Gráfico 11

Prácticas interculturales para facilitar el acercamiento de las mujeres gestantes al servicio de salud



Fuente: Elaboración propia.

Desde las microrredes y redes de salud se recomienda al personal de salud contar con las parteras como aliadas para acercar a las mujeres al establecimiento de salud, pero su conocimiento y experiencia no son reconocidos como un activo específico e irremplazable en la atención que se brinda a las mujeres. Este aspecto sí se encuentra presente en la concepción y forma de trabajo que tienen los enfermeros técnicos en salud intercultural. Una experiencia a destacar es el trabajo que desarrolla el enfermero técnico en salud intercultural en conjunto con la partera de la comunidad wampis, ya que da cuenta de la relación de intercambio y enriquecimiento de saberes y prácticas que favorecen finalmente una atención pertinente para las usuarias. Se ha observado que el trabajo entre ambas partes ocurre en una atmósfera de colaboración (y no de jerarquías) a partir del conocimiento y la habilidad que cada uno puede aportar, entendiéndose que hay beneficios al emplear uno y otro conocimiento o medicina aun cuando el marco de atención es fundamentalmente biomédico. Además del reconocimiento de los saberes de la partera y su inserción en la población, este estudio de caso nos ofrece un ejemplo de cómo gestionar un reconocimiento económico al trabajo que realizan los agentes comunitarios en salud en la región Amazonas. Esto contrarresta el riesgo de perder la continuidad del apoyo de agentes o especialistas indígenas, quienes demandan justamente un reconocimiento monetario a su labor para cumplir dichas tareas sostenidamente.⁵ En coordinación con el personal de salud, la misma población de la comunidad wampis ha decidido que se le debe brindar un sueldo a la partera y están destinando un monto del dinero recibido por el Programa Nacional de Conservación de Bosques para la Mitigación del Cambio Climático (del Ministerio del Ambiente) para ello. Actualmente, la partera se encuentra trabajando diariamente con el personal de salud y tiene una serie de responsabilidades en la atención del área materna.⁶

A continuación detallamos las formas de trabajo conjunto entre el enfermero técnico en salud intercultural y la partera de la comunidad wampis, ya que constituyen un interesante ejemplo de trabajo colaborativo entre un prestador de salud con formación en biomedicina y un especialista indígena del sistema indígena de salud.

5. En una reunión organizada por la Defensoría del Pueblo en Amazonas a propósito de la presentación del informe defensorial sobre la salud de los PPII (mayo de 2015), donde estuvieron presentes promotores de salud y dirigentes indígenas de comunidades awajún y wampis de Amazonas, estos últimos también insistieron en la necesidad de que parteras y promotores reciban una remuneración por su labor.

6. Se conocen también otros casos en donde la municipalidad gestiona los sueldos de promotores o agentes comunitarios en salud.

Gráfico 12



Fuente: Elaboración propia.

Además de la partera, el personal de salud cuenta con el apoyo de otras personas de la comunidad que asumen funciones que fomentan y facilitan la relación y comunicación del puesto de salud con la población, así como poder cumplir con las coberturas de sus actividades y atenciones. En la comunidad wampis, se encuentra a la partera y al promotor de salud y, en la comunidad awajún, al promotor de salud y al presidente de salud. En la siguiente tabla se especifican, a manera de ejemplo, las funciones o roles que asumen actualmente los agentes o especialistas indígenas en salud identificados en las comunidades estudiadas:

Tabla 3
Ejemplos de roles y tareas asumidos por agentes comunitarios
y especialistas indígenas

Puesto de Salud	Personas de la comunidad que trabajan apoyando al personal de salud	Roles y tareas en el puesto de salud
Puesto de Salud de comunidad wampis	Partera	<ul style="list-style-type: none">• Apoya en el seguimiento y control de mujeres gestantes, dentro y fuera del puesto de salud.• Participa en la atención de los partos, dentro y fuera del puesto de salud.• Se encarga del puesto de salud y emergencias ante la ausencia del personal de salud.
	Promotor de salud	<ul style="list-style-type: none">• Coordina la logística de actividades extramurales.• Convoca a población a charlas/reuniones/campañas del puesto de salud.
Puesto de Salud de comunidad awajún	Promotor de salud	<ul style="list-style-type: none">• Convoca a población a las charlas/reuniones/campañas del puesto de salud.• Se encarga del puesto de salud y emergencias ante la ausencia del personal de salud.• Facilita la comunicación con la población, acompañando a visitas domiciliarias y explicando a usuarios/as sobre procedimientos a implementar (vacunas, etc.).• Maneja el <i>peque-peque</i> del puesto de salud para trasladar pacientes, al personal de salud y realizar envíos.
	Presidente de salud	<ul style="list-style-type: none">• Convoca a población a las charlas/reuniones/campañas del puesto de salud.• Gestiona faenas comunales para la limpieza del puesto de salud y alrededores.

Fuente: Elaboración propia.

Ser indígena no asegura una perspectiva de salud intercultural

Podría asumirse que contratar a personal de salud indígena ayuda al servicio de salud a tener una perspectiva intercultural, porque este personal conoce la lengua y la forma de pensar de la población. Sin embargo, esto a veces ni siquiera garantiza un aspecto básico, el comunicarse en la misma lengua con los usuarios y usuarias. En la comunidad awajún estudiada, se refirió el caso de que, antes de la llegada de la enfermera técnica en salud intercultural, laboraba una enfermera técnica awajún que prefería hablarle a la población en castellano.⁷ De allí que resulta indispensable la formación en salud intercultural tanto del personal indígena como no indígena (denominados mestizos) que va a laborar en los establecimientos de salud de la Amazonía. Precisamente, esto se pudo apreciar en los puestos de salud estudiados, donde además de hablar el idioma local, se requieren otras capacidades para brindar una atención de calidad considerando las múltiples dimensiones que los usuarios valoran: trato, capacidad técnica profesional, disponibilidad y compromiso del personal, entre otras. En el caso de personal de salud mestizo, las distancias culturales son mayores (empezando por la lengua materna), pero se han observado casos de trabajadores que progresivamente han desarrollado actitudes que reflejan respeto a la cultura local, como parte del proceso de inserción en el contexto de trabajo con comunidades indígenas.

A manera de resumen, se muestra a continuación una tabla que identifica las ventajas con las que el personal técnico egresado del PFETSIA cuenta por haber recibido la formación de AIDESEP, contrastando estos aspectos con lo que acontece con otros trabajadores de la salud, indígenas y mestizos. Los aspectos que se comparan son: i) formas en que conciben a los usuarios, ii) opinión sobre concepciones y prácticas culturales de usuarios, iii) estrategia para introducir conocimiento o práctica biomédica entre los usuarios, iv) actitud frente a uso de medicina indígena, y v) valoración de los conocimientos y trabajo de especialistas indígenas en salud.

7. Por el contrario, en el estudio de Pesantes (2014) había enfermeros técnicos interculturales formados por AIDESEP que trabajaban en comunidades de un grupo étnico diferente del suyo y establecían relaciones de confianza a pesar de no hablar el mismo idioma.

Tabla N.º 4

Ventajas de la formación en salud intercultural ofrecida por AIDESEP evidenciada comparativamente

Aspectos comparativos	Personal de salud indígena formado en salud intercultural	Personal de salud no formado en salud intercultural	
		Indígenas	Mestizos/as
Formas en que concibe la relación con los usuarios/as	Los usuarios/as son personas con agencia y derecho a recibir una buena atención en salud.	Usuarios/as son personas con deberes para el cuidado de su salud.	
Opinión sobre las concepciones y prácticas culturales de los usuarios/as y su influencia en el uso de medicina biomédica	<p>Las costumbres o concepciones culturales no son una limitante para el trabajo en el campo de la salud.</p> <p>No se generalizan los prejuicios negativos que se tienen sobre usuarios/as indígenas.</p> <p>Se piensa que algunos hábitos y formas de ser de usuarios/as pueden cambiarse lentamente. Actitud más positiva sobre las posibilidades de cambio.</p>		<p>Se tienen prejuicios negativos y menosprecio sobre la forma de ser de las comunidades indígenas (que también se atribuyen a su falta de educación).</p> <p>Se debe expresar respeto y tolerancia hacia costumbres y concepciones culturales, pero se piensa que deben cambiar o transformarse. Actitud más pesimista y de resignación frente a posibilidades de cambio.</p>
		Las costumbres o concepciones culturales son una limitante para el trabajo en el campo de la salud.	
Estrategia para introducir algún conocimiento o práctica biomédica entre usuarios/as	Explicación y tolerancia (frente a rechazo) ante población indígena usuaria.	Tendencia hacia la imposición u obligación hacia población indígena usuaria.	
Actitud frente a uso de medicina indígena por parte de los usuarios/as	<p>Se tolera y se promueve el uso de medicina indígena.</p> <p>Se valora y confía en su efectividad.</p>	Se tolera y se confía en efectividad de medicina indígena.	<p>Se tolera, pero se tiene escepticismo sobre efectividad y cierta molestia porque compete con medicina biomédica.</p> <p>Son pocos los casos en donde se confía en efectividad de plantas medicinales.</p>
Valoración de los conocimientos y trabajo de especialistas indígenas (como la partera)	<p>Conocimiento que tiene especialista indígena (partera) es valioso y no es inferior al conocimiento biomédico.</p> <p>Rol de la partera es fundamental y complementa la labor del puesto de salud.</p>		<p>Conocimiento que tiene especialista indígena (partera) es inferior al conocimiento biomédico.</p> <p>Rol de partera no es indispensable para la labor del puesto de salud.</p>

Fuente: Elaboración propia.



Limitaciones para implementar la salud intercultural y mejorar la calidad de atención en los puestos de salud

En este estudio también se evidencia que la interculturalidad en salud es un aspecto muy importante para mejorar la calidad de atención de los servicios de salud en las comunidades indígenas amazónicas, pero no es el único y se encuentra en interrelación estrecha con las condiciones laborales del personal de salud y la capacidad resolutive de los establecimientos donde laboran.

73

A continuación, nos referiremos a las limitaciones institucionales del sector Salud estatal que dificultan la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud de los pueblos indígenas amazónicos y merman los impactos de las prácticas de salud intercultural del personal técnico formado en el PFETSIA de AIDESEP. Estas limitaciones abarcan tres aspectos: i) el poco avance en la implementación de la salud intercultural en los servicios de salud debido a su falta real de transversalización en el sistema de salud regional y nacional (lo que se expresa en la falta de presupuesto, actividades e indicadores de evaluación); ii) las difíciles condiciones laborales del personal de salud que afectan, más allá de su voluntad y esfuerzo, sus aportes a la salud intercultural y, en general, la calidad de atención en comunidades indígenas amazónicas; y iii) las limitaciones para la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, lo que disminuye la confianza de la población en estos y juega en contra de los esfuerzos de los proveedores por mejorar la calidad de sus servicios con prácticas de salud intercultural.

Finalmente, en este capítulo se ilustran dos casos de desencuentros entre la población y los proveedores de salud, pese a los avances en salud

intercultural en los establecimientos de salud estudiados. En ellos se puede observar la manera en que las diferencias culturales en el entendimiento de los problemas de salud no son el único motivo de estos desencuentros, sino que estos tienen que ver también con otras limitaciones de los servicios de salud estatales.

3.1. Enfoque intercultural reconocido sin presupuesto ni formas de evaluación

Si bien el Ministerio de Salud reconoce la interculturalidad como un enfoque transversal para la atención en salud, con excepciones (como es el caso del parto en la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva), todavía no se está implementando en las diversas estrategias sanitarias que orientan el trabajo de los servicios de salud. Tampoco ha sido incorporado en los criterios de evaluación del personal y establecimientos de salud. El sistema de evaluación de las instituciones públicas en el ámbito nacional basado en el Presupuesto por Resultados (PPR) supone una forma de administración de recursos sujeta al avance y logro de metas de cobertura en salud. Este sistema termina siendo una camisa de fuerza tanto para los funcionarios como para el personal asistencial y sus objetivos de brindar una atención de calidad y acorde a las necesidades de las poblaciones usuarias.

Una forma de trabajo dominada principalmente por los resultados (expresados en el cumplimiento de coberturas) disminuye las posibilidades para poner en práctica la interculturalidad en salud e implementar formas de evaluar su implementación, avance y contribución a los objetivos del mismo sistema de salud. Esto se pudo observar claramente en el contexto de nuestra investigación en la región Amazonas. Un funcionario de la Red de Condorcanqui expresó, por ejemplo, que en tanto no se ha logrado que la interculturalidad sea parte del PPR, no se cuenta con recursos institucionales del sector salud para su implementación sistemática:

[T]enemos que lograrlo que el MEF lo incorpore [la interculturalidad] en la programación, porque ahora el MINSA trabaja en base a programación, y si hay una programación va a haber un presupuesto, y al haber un presupuesto va a haber indicadores, y sí va a pedir resultados; pero como no hay presupuesto esto está un poco ahí, no es prioridad. (Entrevista a funcionarios de la Red de Condorcanqui)

A la fecha de nuestras visitas (2013 y 2014), el área de Promoción de la Salud era la que tenía a su cargo implementar acciones puntuales para

favorecer la pertinencia cultural en la prestación de la salud a las poblaciones indígenas de la región. Si bien existe una Estrategia Sanitaria para Pueblos Indígenas, en ese momento no contaba con un presupuesto para ejecutar actividades.

Yo tengo toda la plantilla para hacer diálogo intercultural pero no tengo presupuesto, entonces no puedo ejecutar. Como repito, el tema de interculturalidad se tiene, están las normas, están las directivas para poder nosotros reunirnos con las autoridades indígenas, pero no contamos con un presupuesto para poder hacerlo, no está como estrategia de trabajo. (Entrevista a funcionarios de la Red de Bagua)

Desde las Redes de Salud abarcadas en el estudio se percibe que el tema de interculturalidad es débil en el sector salud, pese a los esfuerzos de adecuación intercultural en el área de atención del parto y otras iniciativas que se han venido realizando con el apoyo de UNICEF y otras instituciones. Las intervenciones en salud intercultural referidas por el personal de salud en el período en que realizamos el estudio son:

- Piloto para implementar centro en salud intercultural, que permitiría la identificación de especialistas indígenas, conocer del uso de plantas medicinales y entablar un trabajo coordinado con los mismos para la atención de la población según sus problemas de salud (derivación mutua). A cargo del CENSI y las Redes de Salud.
- Diálogo intercultural para identificar necesidades en salud de la población en área materna y área niño, a partir de lo cual se firmarían compromisos de parte de la Red de Salud y la comunidad. A cargo de MEF y Redes de Salud.
- Pasantía para conocer atención vertical del parto, que permitiría a personal obstétrico de Bagua y Condorcanqui conocer la experiencia de atención del parto en Pucallpa con la población shipiba. A cargo de PAR SALUD y Redes de Salud.
- Diagnóstico local sobre el VIH/SIDA con un enfoque antropológico en Condorcanqui. A cargo de UNICEF y CENSI.¹

1. UNICEF es la institución que más destaca por su larga trayectoria de trabajo en Amazonas, orientado a promover la salud intercultural en la atención a las comunidades indígenas. En una exposición a cargo de una funcionaria del Gobierno Regional de Amazonas (2015), se supo que UNICEF también ha venido apoyando en la capacitación en parto vertical a

En las Redes de Salud de Bagua y de Condorcanqui, la salud intercultural es un tema que aún tiene poca prioridad y todavía es escasamente conocido por la mayoría de funcionarios y prestadores de salud. Dentro del sistema de salud regional no se encuentran ni funcionarios ni personal formado en salud intercultural, salvo las enfermeras y los enfermeros técnicos egresados del programa de AIDESEP, lo que marca ciertas dificultades pues son pocos los recursos humanos en salud dispuestos a implementar la salud intercultural o facilitarla en sus puestos de salud en coordinación con los compañeros de trabajo.

El MINEDU no ha reconocido oficialmente la especialización en salud intercultural en el ámbito nacional

La falta de antecedentes en las instituciones de educación superior y el poco apoyo oficial a la salud intercultural han contribuido a que no se cuente hasta hoy con un reconocimiento oficial de la carrera de enfermería técnica en salud intercultural.

Esto ha traído como consecuencias:

- Que la propuesta formativa de AIDESEP no sea reconocida por funcionarios en salud y educación de la región amazónica como un referente para la inclusión de la salud intercultural en el currículo educativo de profesionales en salud.
- Que las enfermeras y los enfermeros técnicos formados por el Programa de AIDESEP cuenten con un título como el resto de técnicos que se forman en esta carrera, sin poder certificar ante el sistema de salud y las poblaciones usuarias que su proceso educativo fue diferente y poseen otros conocimientos y habilidades para la labor en el campo de la salud.

Dado que en el sistema de salud no hay formas reconocidas de evaluar las prácticas en salud intercultural que se dan en los puestos de salud, se ha

profesionales obstetras, así como en el desarrollo de diálogos o encuentros interculturales entre personal de salud indígena y personal de salud mestizo para intercambiar aportes y sumar esfuerzos en la mejora de la atención en salud, entre otras. Se conoció, además, que de los establecimientos de salud que están autorizados para atender partos oficialmente y que UNICEF ayudó a implementar para que se atienda el parto vertical, son pocos los que continúan atendiendo los partos con apoyo de parteras. Esto ha sido resultado de la alta rotación de profesionales en salud, quedando pocos de los capacitados por UNICEF en la zona; así mismo, las parteras han tendido a regresar a sus actividades cotidianas, pues prestaban un servicio que no era retribuido económicamente.

encontrado que las acciones en salud intercultural responden en buena medida a la iniciativa y apuesta personal de los enfermeros técnicos formados por el Programa de AIDSESEP, y dependen del nivel de autonomía y poder que otorga la posición que ocupa el enfermero técnico en salud intercultural en su puesto de salud.²

El sistema de salud no facilita que haya un registro sistemático de la contribución de las acciones o iniciativas de salud intercultural del personal al cumplimiento de metas, que son concebidas y evaluadas como resultados y no como procesos que aseguran su logro. Por ejemplo, no se evalúa qué tanto el personal de salud está entablando una relación de confianza con la población usuaria, si maneja el idioma durante la atención en salud, entre otros aspectos que dan cuenta del proceso, que son condiciones previas para que se lleve a cabo la atención en salud en comunidades indígenas como las estudiadas.

Cabe mencionar que algunos funcionarios y funcionarias de las Redes de Salud sí valoran y comprenden la importancia de aplicar la salud intercultural en la atención, pues aun dentro de la lógica del Presupuesto por Resultados, podría ayudar a mejorar los indicadores en salud de la región:

77

Como en interculturalidad no hay una evaluación, no hay un indicador [...] todavía tenemos la sensación de que la interculturalidad es algo simple [...] pero si nosotros viéramos la importancia porque si yo tengo bajo mi cobertura y mis indicadores, y si yo aplicó mi interculturalidad pues yo voy a levantar. Pero algunos no nos damos cuenta, no le damos la importancia, inclusive a los diálogos interculturales, eso es pérdida de tiempo, es hablar, hablar y hablar. (Entrevista a funcionarios de la Red de Condorcanqui)

3.2. Condiciones laborales limitan prácticas de salud intercultural

La falta de estabilidad laboral del personal de los puestos de salud observados limita que el personal técnico egresado del PFETSIA pueda emprender iniciativas de largo aliento para fomentar la salud intercultural y el uso de medicina indígena; incluso en actividades que pueden parecer sencillas, como por ejemplo, crear un biohuerto, ya que se requiere de continuidad para que prosperen.

2. Mientras se encuentra vacante el cargo del jefe del puesto de salud hay más margen de discrecionalidad para llevar a cabo iniciativas propias que favorezcan el trabajo en el campo de la salud, tal cual se ha observado con el caso del enfermero técnico en salud intercultural wampis.

El personal de salud que trabaja en las Redes de Bagua y de Condorcanqui no tiene la certeza de contar con períodos de trabajo mayores a tres meses en un mismo puesto de salud y está laborando condicionadamente. En el período del estudio, los contratos de trabajo eran cortos (de uno a tres meses), y la permanencia de un trabajador dependía de si cumplía las metas de cobertura. Si bien esta situación supone una estrategia del sistema de salud local para garantizar cierta dedicación y producción del personal de salud, no resulta justo evaluar a un personal de salud por su labor en un período tan corto, considerando que el éxito de esta requiere de un proceso de más largo aliento para que pueda adentrarse en la comunidad y entablar un vínculo con los usuarios y usuarias, entre otros aspectos que condicionan el mayor o menor éxito de su trabajo.³

¿Cómo se explica la política de contratos cortos para personal de salud?

Un exfuncionario de la Red de Condorcanqui indicó que la modalidad de contratos cortos se sustenta en la necesidad de ejercer presión sobre el personal de salud. Lo que se quiere es que cumplan con su producción, pues debido a la falta de resultados en los indicadores, el MEF no quiere aumentar el presupuesto que se asigna a la región y, por lo contrario, hay riesgo de que el monto se siga recortando año a año.

En el caso del SIS, este es una de las principales fuentes de financiamiento para el sector Salud y año a año no se ha optimizado el reporte de la producción de los establecimientos de salud:

3. Los resultados exigidos al personal asignado no toman en cuenta las condiciones y particularidades de trabajo en zonas con comunidades indígenas amazónicas, que no permiten llegar al cumplimiento de dichas metas en los períodos exigidos. Estas dificultades tienen que ver principalmente con el acceso geográfico y el limitado funcionamiento de las redes de salud, la dispersión de la población y las distancias culturales entre prestadores y poblaciones indígenas. A esta situación se suma la falta de conocimiento y comprensión del MEF y el sector Salud acerca de estas dificultades del personal de salud:

Entonces eso es una situación que a veces no se conversa muy bien el MEF y Salud muchas veces porque la gente de Lima casi no visita; en cambio, si visitaran, se dieran cuenta realmente cómo pasa esa gente. Entonces no es tan fácil, o sea esa ficha que ellos sacaron, a veces han tenido que ir caminando, que sacar de su propio bolsillo para ir hasta allá, el riesgo a que se exponen, o sea hay un valor agregado no está siendo valorizado como tal. Todo se ve como si lo tuvieras todo a la mano, como si estuvieras solamente en una ciudad. (Entrevista a exfuncionario de la Red de Condorcanqui)

El SIS ha hecho un análisis, en el cual ha dicho "mira antes del 2012, 2010, la producción era así, y el dinero que les dábamos era casi similar, porque era en función a su producción. Entonces ahora el dinero que se les está dando es mayor, sin embargo la producción es mínima, antes tenías menos profesionales, peor pagados, etc.". Cuando vamos a rendir cuentas al Ministerio de Economía y Finanzas, pedimos más financiamiento porque hace falta mucho más dinero en realidad, entonces no justifica y eso es lo que vamos y decimos cuando vamos a visitar a los EESS, que ellos tienen que ser vigilantes de producir, producir. Finalmente esa sea la razón porque la cual les están contratando un mes, ¿no? Para de alguna manera por ahí colocarles presión. (Entrevista a exfuncionario de la Red de Condorcanqui)

Sumado a lo anterior, se sabe que en los puestos de salud de primer nivel es difícil retener al personal de salud (especialmente foráneo) porque no se acostumbran a las condiciones laborales y la falta de comodidades. Además, no hay sueldos atractivos ni otros incentivos que motiven al personal a trabajar en zonas alejadas en comparación con laborar en establecimientos de salud más accesibles.⁴ La inestabilidad laboral y las precarias formas de contratación existentes influyen en la alta rotación de personal de salud en la región. Esto no facilita que el personal de salud desarrolle una relación de confianza con la población usuaria (algo muy valorado por esta); y, así, el trabajo en la salud en una comunidad específica se ve afectado, pues la relación que establecen es con el personal de turno antes que con el servicio de salud en sí.

Otro factor que limita el trabajo en salud intercultural es la fuerte carga laboral que supone el trabajo en el primer nivel de atención y las labores administrativas, considerando la necesidad de cubrir todas las jurisdicciones (incluso anexos distantes) que corresponden al puesto de salud. Así lo reconoce un funcionario de la Red de Condorcanqui:

4. Otros aspectos que desmotivan al personal de salud foráneo de permanecer trabajando en puestos de salud en comunidades indígenas es que se encuentran lejos de sus familias y, por la lejanía de sus establecimientos (en muchas ocasiones), no pueden visitarlos con frecuencia; además, no pueden estudiar o seguir capacitándose por sus condiciones y lugar de trabajo. En cuanto a los sueldos, se sabe que actualmente los sueldos que ofrece la Red de Bagua han subido y se igualan a los que ofrece la Red de Condorcanqui, por lo cual el personal de salud que laboraba para la Red de Condorcanqui ha preferido migrar a la otra Red, cuyas jurisdicciones son más accesibles y están más conectadas con las principales ciudades de la región y alrededores, tales como Bagua Grande, Jaén y Chiclayo, entre otras.

[L]a gente [contratada] hace un montón de cosas. Sobre todo en un establecimiento por ejemplo como [el de la comunidad wampis] el técnico hace de todo, hace de enfermero, hace de médico, hace de obstetra, lleva todos los Programas. Entonces es un poco difícil encontrarte con tanta formatería. Pero te digo, no sé si está bien dicho, pero desgraciadamente las cosas están así, tienen que hacer sus formatos, si no, no se les va a financiar. (Entrevista a exfuncionario de la Red de Condorcanqui)

Los criterios para la asignación de cierta cantidad de personal de salud en los puestos de salud no consideran que las familias en las comunidades se asientan de manera dispersa y se torna más difícil y duradero el trabajo en salud por la necesidad de movilizarse en el territorio. Aun más: llegar a los anexos/jurisdicciones es arriesgado y eso limita atender a tiempo y regularmente a niños y adultos de estos lugares que también se contabilizan en las metas.⁵

3.3 La capacidad resolutive de los puestos de salud de primer nivel: expectativas aún no cumplidas

80

Las poblaciones usuarias, en ambas comunidades, tienen la expectativa de contar con servicios de salud con mayor capacidad resolutive, ya que padecen problemas de salud (como reumatismo, tuberculosis, fuertes infecciones vaginales, meningitis, gastritis, cáncer, entre otros) que no pueden ser atendidos adecuadamente en sus propios establecimientos de salud y no disponen de los recursos necesarios (tales como transporte, tiempo y dinero) para trasladarse a establecimientos de mayor capacidad resolutive. Esto se complica más aun debido a temores o sentimientos de desprotección en la ciudad y la falta de confianza que aún existe respecto del trato y solución que recibirán en los establecimientos de salud que les son desconocidos y ajenos.

Las dimensiones más críticas y que afectan la capacidad resolutive de los puestos de salud de acuerdo con la población y los propios prestadores de salud, son: i) la carencia de medicamentos; ii) la falta de soporte logístico y operativo para el trabajo del personal de salud (infraestructura, equipa-

5. Hay puestos de salud donde el personal de salud no se da abasto con el número de estrategias de salud que debe implementar. Se sabe que los criterios para la asignación de personal de salud a los establecimientos son: i) cantidad de población total, ii) número de gestantes y número de niños, iii) ocurrencia de emergencias, iv) ocurrencia de muertes maternas, v) presencia de casos de usuarios con VIH/SIDA, vi) número de usuarios atendidos por día, etc.

miento, entre otras); y iii) las limitaciones del sistema de referencia y contrarreferencia, que termina desalentando a los usuarios en sus expectativas de encontrar respuesta a sus problemas de salud en el sistema médico público.

¿Cómo afecta a la población usuaria la limitada capacidad resolutive de su puesto de salud?

Algunos ejemplos:

Problema	Ejemplo de cómo afecta al usuario/a
Deficientes condiciones laborales y operativas para el personal de salud	Población de un anexo no recibe la atención extramural del personal de salud, pues este no puede viajar hasta aminorarse la carga laboral
Desabastecimiento de medicamentos	Usuarios/as no pueden curarse o tratar emergencias (por ejemplo, picaduras de vibora) rápidamente
Ineficacia del sistema de referencia y contrarreferencia	No se da una derivación a tiempo de emergencias obstétricas Se dificulta el acceso a tratamiento y exámenes para VIH/SIDA
Carencia de profesionales especializados	Niños/as sufren de problemas odontológicos que afectan su regular alimentación

A continuación, se detallarán los problemas de las cuatro dimensiones críticas de la capacidad resolutive en los puestos de salud estudiados. La población y los prestadores han coincidido en los temas de fondo con sus propias palabras y énfasis, pero el punto de las condiciones laborales de los proveedores ha sido desarrollado con mayor detalle por estos.

a. La ausencia de medicamentos

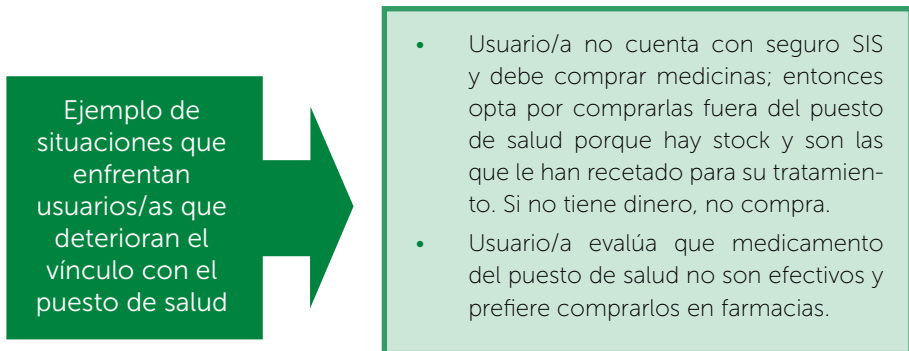
En ambos puestos de salud, la falta de medicamentos por agotamiento o dificultades en el abastecimiento, o por no corresponder su distribución en

las postas de salud, es un serio problema reconocido tanto por las poblaciones usuarias como por el mismo personal de salud, y mella la calidad de atención del servicio. Esta situación contribuye a que los usuarios y usuarias consideren que los medicamentos son poco eficientes o de baja calidad, por no encontrar mejoría con aquellos recetados y distribuidos en sus servicios de salud.

Los problemas identificados influyen en que la comunidad usuaria tengan un acceso limitado a medicamentos adecuados para sus tratamientos (lo que se agrava cuando no son afiliados al SIS) de parte del puesto de salud y busquen medios alternativos para saber qué medicamentos tomar o dónde adquirirlos; a partir de lo cual el vínculo con el servicio de salud se deteriora.

Gráfico 13

82

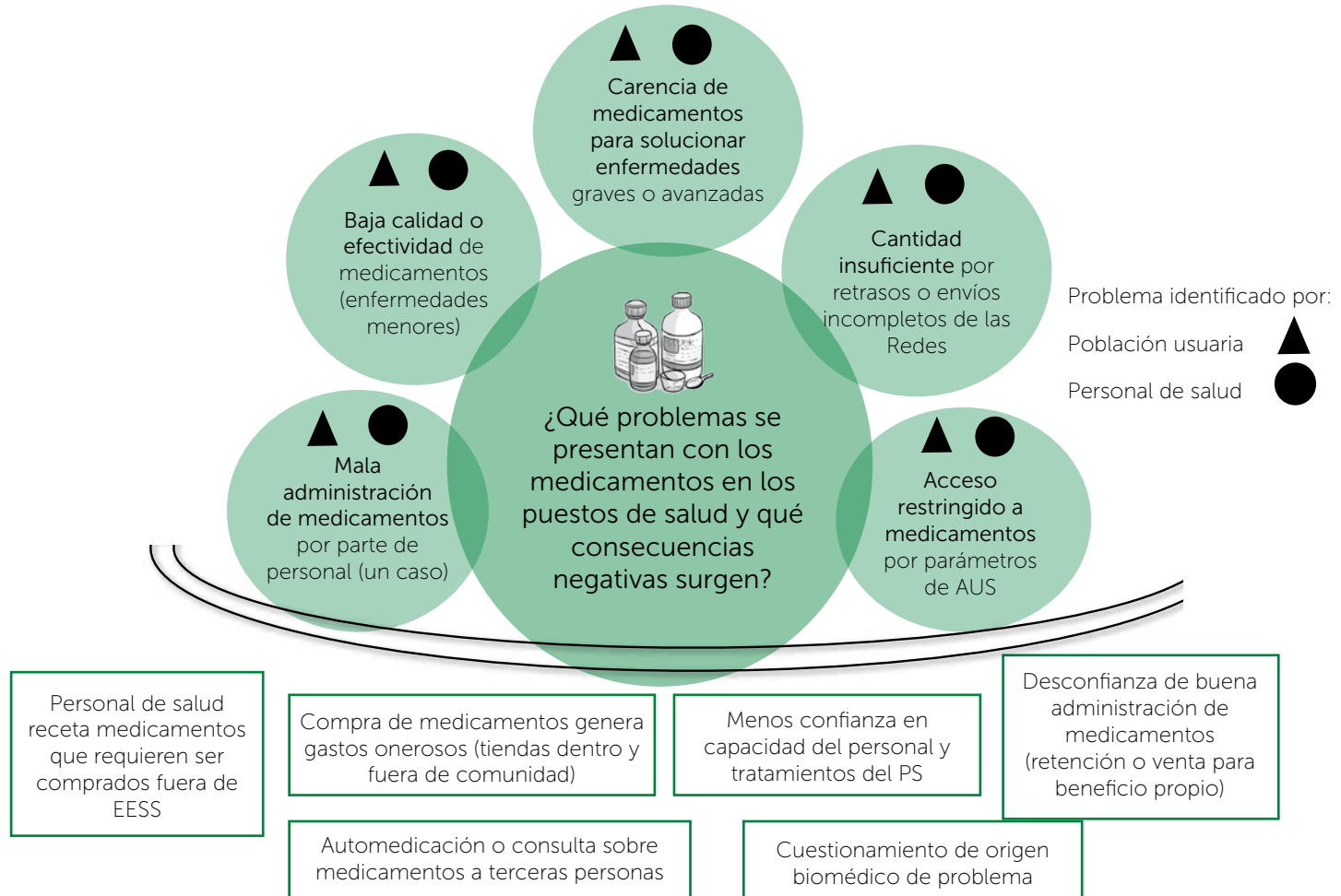


Fuente: Elaboración propia.

La carencia de medicamentos, como por ejemplo los antídotos para responder a picaduras de víbora o mordeduras de murciélago, constituye una situación límite en donde se pone en jaque la capacidad de respuesta y atención de emergencias de los puestos de salud, considerando que en ambas comunidades precisamente dicha capacidad (de atender ese tipo de emergencias con medicamentos que actúen rápidamente) ha motivado la creación y gestión de los establecimientos de salud en sus propios territorios.

Cuando se sigue con la prescripción de los medicamentos recetados por el personal de salud y no se obtiene mejoría, los usuarios empiezan a

Gráfico 14



Fuente: Elaboración propia.

perder la confianza en la atención que brinda el puesto de salud e, incluso, en el mismo personal, pues se piensa que no ha sabido diagnosticar adecuadamente la enfermedad:

Bueno, se puede decir que es efectiva o buena la atención cuando nos dan los medicamentos y nos sanamos, ahí es donde nos sentimos muy contentos, pero que nos den las medicinas y no encontramos mejoría no nos sentimos alegres, al contrario hay mayor preocupación y no solución. Cuando vemos mejoría en los pacientes o nuestro familiar, decimos es buena la medicina que nos dieron y sabe el enfermero qué tipo de enfermedad ha tenido y eso nos tranquiliza y tenemos mayor confianza. (Entrevista a usuario E10 Comunidad wampis)

En el gráfico 14, se detallan los problemas existentes en relación con los medicamentos tal como los han identificado la población usuaria y el personal de salud de las dos comunidades (awajún y wampis) estudiadas. En la parte inferior, se encuentra una serie de consecuencias negativas que se desprenden de los problemas hallados, que terminan perjudicando la relación y confianza de los usuarios hacia la efectividad del servicio de salud.

84

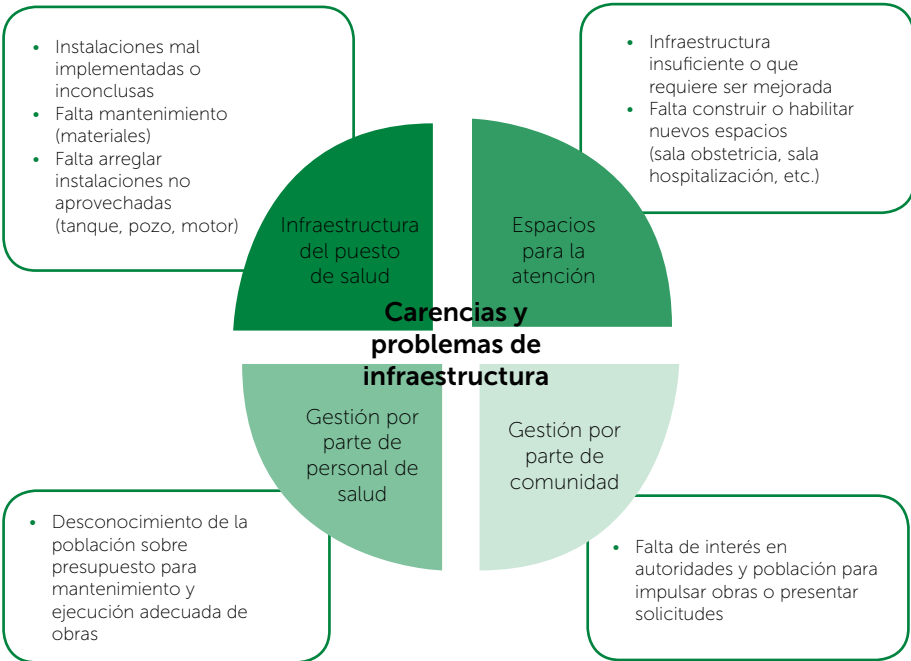
b. Falta de soporte logístico y operativo para el trabajo del personal de salud

Las deficiencias o carencias en la infraestructura, equipamiento, materiales de trabajo y servicios básicos del servicio de salud son aspectos que limitan la calidad de la atención que pueden brindar los proveedores de salud, condicionando grandemente la capacidad resolutive del personal y los establecimientos de salud. Además, profundiza las precarias condiciones laborales en que operan los trabajadores de salud en territorios alejados, como es el caso de las comunidades awajún y wampis visitadas.⁶

En los siguientes gráficos se detallan los problemas o carencias existentes en los puestos de salud observados, según correspondan a infraestructura, servicios básicos o materiales/herramientas de trabajo para el personal de salud:

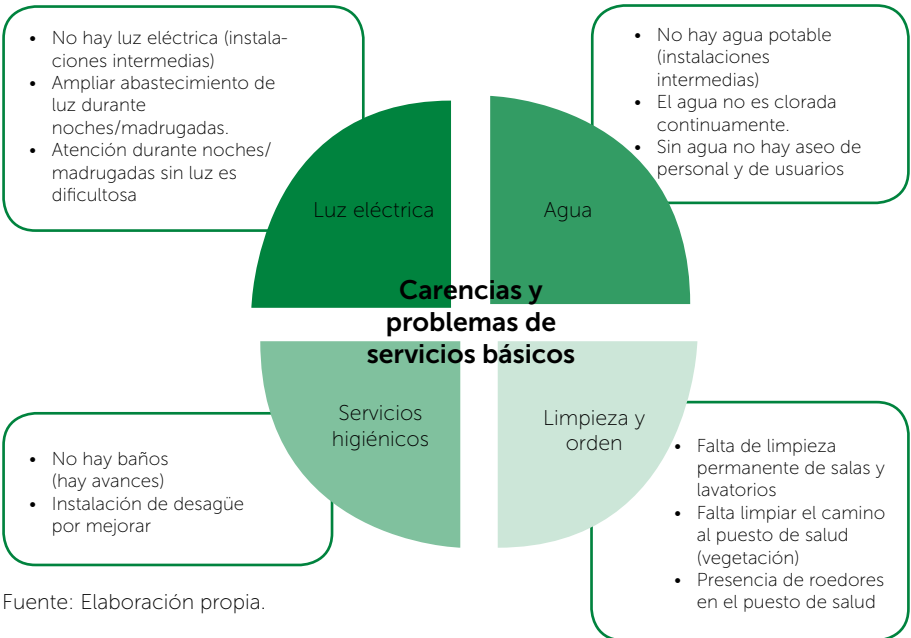
6. Este tema se torna preocupante, especialmente para las autoridades y usuarios hombres del servicio de salud; no obstante, en general se reconoce que desde la comunidad no ha habido un involucramiento efectivo para gestionar mejoras para sus respectivos puestos de salud.

Gráfico 15



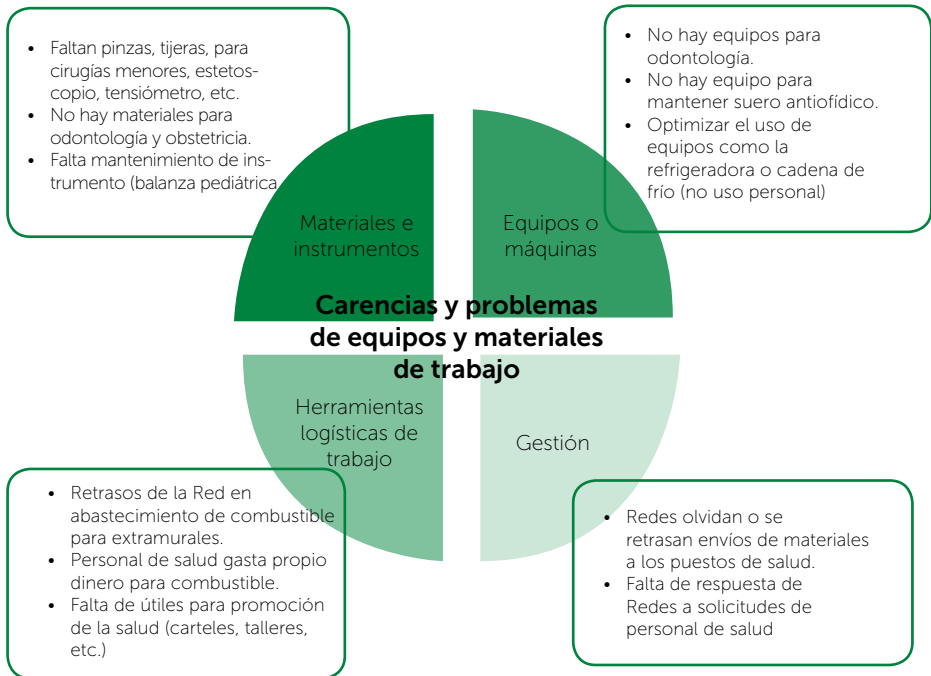
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N.º 16



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 17



Fuente: Elaboración propia.

c. Las limitaciones del sistema de referencia y contrarreferencia

La presencia de los puestos de salud en las comunidades de estudio es relativamente reciente y responde a la demanda de los pobladores por contar con este servicio de salud para cubrir necesidades de atención identificadas por ellos mismos, y para suplir ciertas condiciones que dificultan su acceso a los servicios de salud que no se encuentran en su propio territorio. Estas condiciones, por ejemplo, son las distancias geográficas que hay entre estas comunidades indígenas y los puestos de salud y centros de salud u hospitales, lo dificultoso y arriesgado que es el acceso al territorio de las comunidades ya sea por vía fluvial o terrestre, y el costo que supone el traslado por transporte fluvial. Por lo mencionado, la manera en que están concebidos actualmente los puestos de salud (en cuanto a su capacidad resolutive y la interdependencia con otros niveles de atención para atender determinadas situaciones o emergencias en salud) no es funcional ni se adapta a las nece-

sidades y condiciones de vida de las comunidades indígenas estudiadas. El sistema de referencia y contrarreferencia termina siendo ineficaz e inaccesible, pues se sustenta en una realidad geográfica relativamente accesible y conectada que no corresponde a la geografía y formas de asentamiento de las comunidades indígenas en la región Amazonas.

A fin de ilustrar las distancias, el tipo de transporte, los costos y tiempo que normalmente deben invertir las poblaciones usuarias para acceder al siguiente nivel de atención en salud, se han elaborado unos mapas con el detalle de algunas rutas identificadas tanto para el caso de la comunidad wampis como la comunidad awajún. En estos se verá, por ejemplo, que para que un poblador de la comunidad wampis se traslade al centro de salud (ubicado en Puerto Galilea), este deberá dedicar de 12 a 15 horas caminando (el doble, si regresa) por una ruta no totalmente definida, arriesgada y dificultosa por estar cubierta de vegetación y con tramos conformados por cochas. Otra alternativa que puede tener un poblador de esta comunidad para reducir el tiempo de traslado es movilizarse con transporte fluvial, para lo cual debería invertir S/.105,00 Nuevos Soles aproximadamente (asumiendo que tiene *peque-peque* propio y este se encuentra operativo, con motor y otras piezas en buen estado) en caso de que no cuente con el SIS o por su diagnóstico, y no le corresponda ser transportado gratuitamente por este seguro.

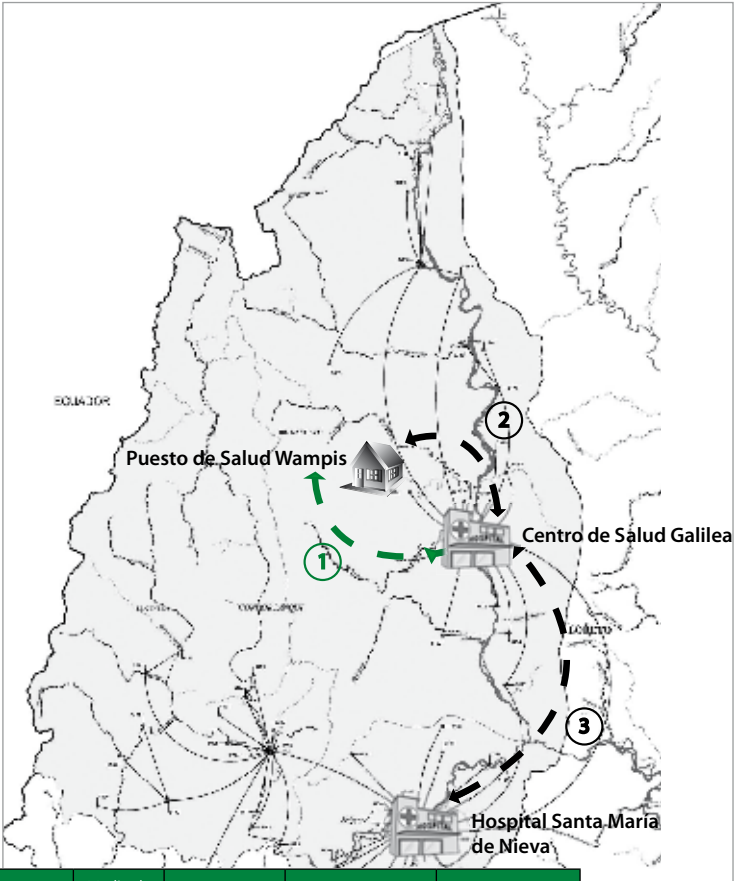
87

El que los puestos de salud no cuenten con las mínimas condiciones para el traslado de pacientes (transporte, comunicaciones, etc.) es un aspecto que también limita que funcione adecuadamente el sistema de referencia y contrarreferencia. Nuestros hallazgos indican que cuando el sistema de transporte y de comunicaciones del establecimiento de salud, así como las condiciones económicas, no permiten la derivación, la atención de la salud puede verse fuertemente condicionada. Se ponen en jaque las posibilidades de acceder a una atención efectiva del problema de salud, y eso deteriora la percepción y confianza que tiene la población sobre el puesto de salud y su personal de salud.

A manera de ejemplo: la atención de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA de las comunidades indígenas representa un caso crítico frente al cual el sistema de referencia y contrarreferencia no necesariamente funciona óptimamente. Se conoce que en la Red de Condorcanqui, los funcionarios realizan gestiones adicionales para asegurar combustible, alimentación y hospedaje para las y los usuarios y el personal de salud que los acompaña. De no darse estas facilidades y un buen trato a los usuarios y usuarias, estos no regresarán a seguir con su tratamiento y realizarse exámenes periódicamente.

Gráfico 18

Rutas del sistema de referencia y contrarreferencia para comunidad wampis

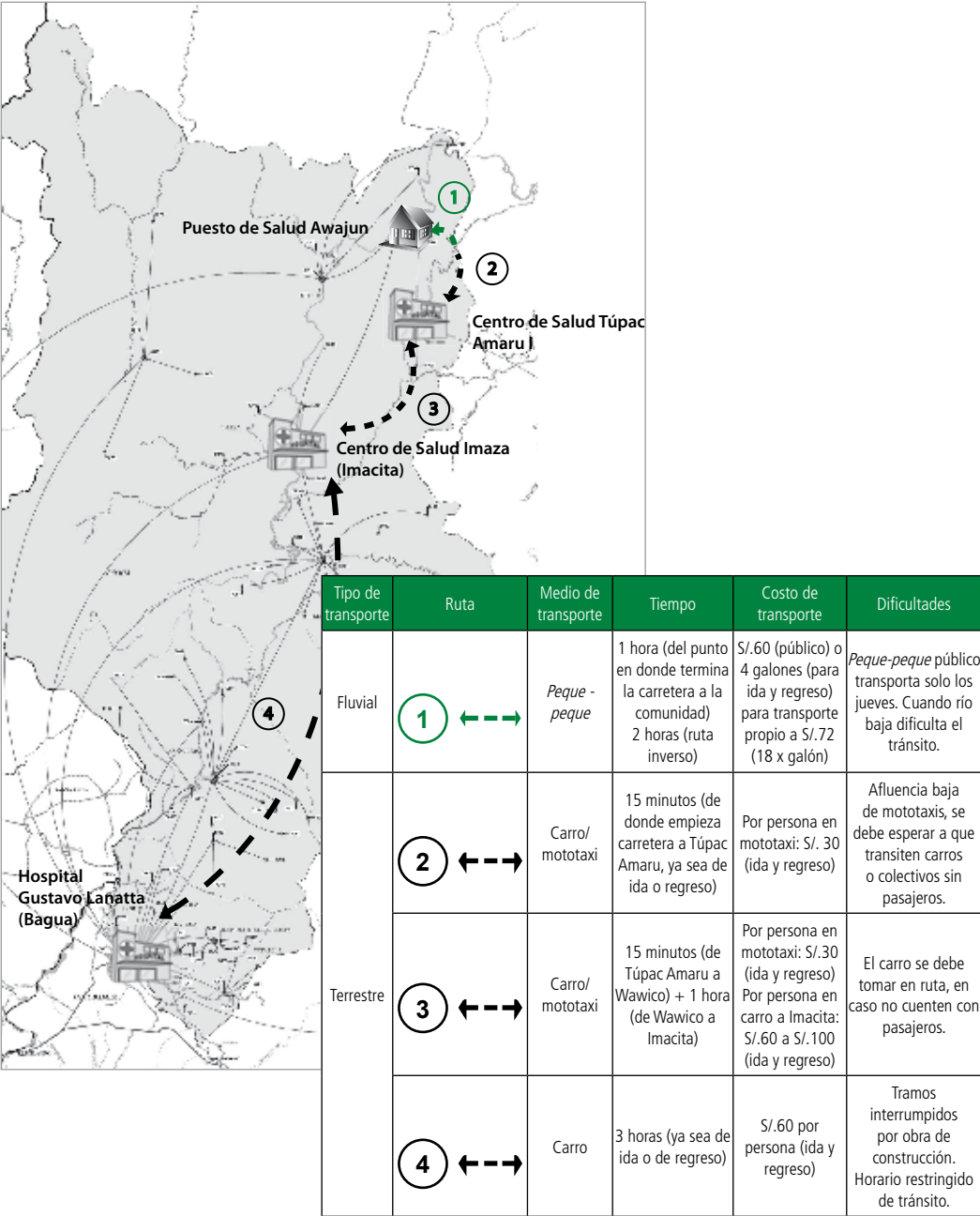


Tipo de transporte	Ruta	Medio de transporte	Tiempo	Costo de transporte	Dificultades
A pie	1 ←---		12-15 horas (ida) 12-15 horas (regreso)	----	Camino arriesgado, con cochas y abundante vegetación
Fluvial	2 ←---	Peque – peque	8 horas (a PS Wampis) 5-6 horas (a Galilea)	Combustible (ida y vuelta): S/. 105 (7 galones a S/. 15 x 1 galón) *Otros gastos van a depender de si se alquila el <i>peque-peque</i> , aceite y hélice como repuesto.	Camino arriesgado en crecida de río. Cuando baja el río, camino se seca y no se puede transitar.
	3 ←---	Chalupa	4 horas (ya sea de ida o de regreso)	S/. 70 (ida) S/. 70 (regreso)	Riesgo de viajar durante noche y madrugada.

Fuente: Elaboración propia.

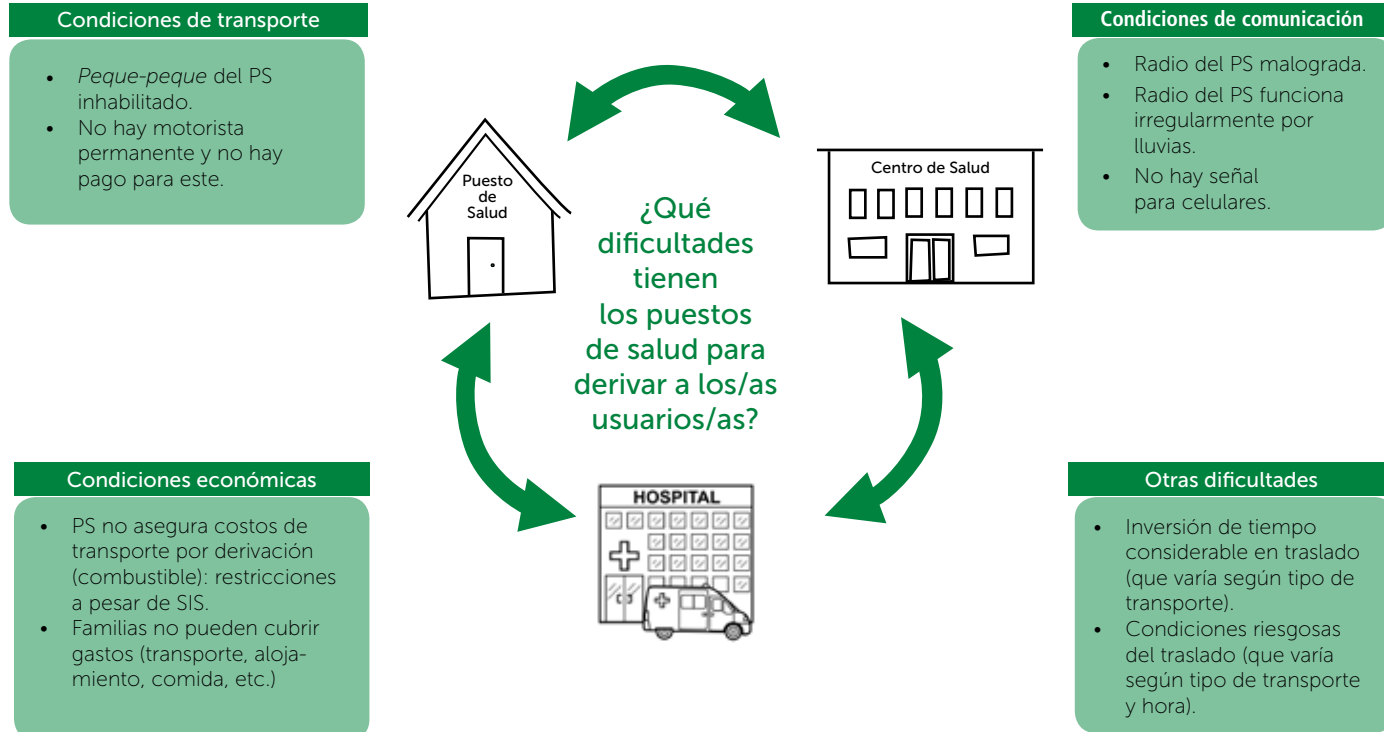
Gráfico 19

Rutas del sistema de referencia y contrarreferencia para comunidad awajún



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 20



Fuente: Elaboración propia.

En ambos puestos de salud estudiados, se encontró una serie de problemas en relación con las condiciones de derivación de usuarios que se ilustran en el gráfico 20.

Sumadas a las condiciones descritas, el personal de ambos puestos de salud menciona que también existen “barreras culturales” que desmotivan a las poblaciones a acudir a tiempo a un servicio de salud fuera de su territorio: desde la incertidumbre de ser atendidos por personal que no maneja su misma lengua materna hasta las desconfianzas y temores en torno a los procedimientos y tratamientos que se realizan en otros establecimientos como centros de salud u hospitales.⁷

3.4. Ejemplos de situaciones de desencuentro entre el personal de salud y la población

Si bien identificamos logros en el trabajo de los enfermeros técnicos en salud intercultural egresados del Programa de AIDSESP, todavía existen desencuentros entre el personal de salud y las poblaciones usuarias que evidencian complejidades y retos para implementar la salud intercultural en la atención en salud y la relación con los usuarios y usuarias. Dos ejemplos encontrados son el rechazo de un sector de la población a la vacunación y la falta de acceso de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA a un tratamiento por parte del servicio de salud del Estado.

Estas situaciones se agudizan al combinarse con aspectos que trascienden los desencuentros culturales entre diferentes formas de entender la salud, como la desconfianza hacia los foráneos y hacia el Estado, producto de una historia de relaciones de olvido, marginación y colonización, así como lo ineficiente e inaccesible que puede resultar el sistema de salud, tal como está organizado, en las comunidades indígenas amazónicas.

En el caso de los desencuentros en torno a la vacunación, se observa que, en tanto las poblaciones usuarias no tienen referentes de prácticas preventivas similares, y al haber experimentado efectos secundarios negativos en sus hijos, optan por rechazar este procedimiento de parte del servicio de salud. Hay un choque de expectativas porque actualmente estas comunidades siguen viendo al servicio de salud como una oportunidad de

7. La jefa del puesto de salud awajún indica que una limitante del sistema de referencia es que la población tiene miedo al hospital, no quiere acudir porque indican que la muerte está asegurada si van a estos establecimientos de salud.

atender sus problemas de salud (fin recuperativo) más que de someterse a prácticas preventivas que no siempre resultan justificables para ellos (la vacunación no se justificaría cuando el cuerpo está sano), ni saludables para la vida de las personas. A esto se suman concepciones, desconfianzas y temores de fondo (alimentados también por creencias evangélicas) que tienen estas poblaciones hacia instituciones y actores foráneos, como es la institución puesto de salud, a través de la cual el Estado actúa también en su territorio (ver abajo un cuadro con más datos sobre este caso).

Por su parte, respecto de los desencuentros en torno a la atención de pacientes con VIH/SIDA, un primer distanciamiento entre población y personal de salud se da por manejar diferentes concepciones y modos de interpretar la experimentación de la enfermedad, los que provienen de diferentes sistemas explicativos sobre la salud. Así, mientras que el personal de salud considera que ciertos síntomas responden a una infección con el virus del VIH, algunos miembros de la población han mencionado que se trata de daño o brujería.

Pero, además, cuando el paciente está dispuesto a acceder a exámenes y tratamientos pertinentes a pesar de entender de forma diferente la enfermedad, nuevamente el desencuentro se agudiza por la escasa capacidad de respuesta del personal de establecimientos de salud de primer nivel. Debido a que no puede atenderse el caso en la posta de salud de su comunidad, donde tiene mayor confianza y familiaridad, el usuario debe someterse a traslados periódicos, gastos, contacto con nuevo personal de salud, dejar sus actividades y vida cotidiana en la comunidad, dejar a su familia, entre otros esfuerzos. Esto termina alejando al paciente de su puesto de salud pues, efectivamente, no tiene la capacidad resolutive de atender un problema de salud de ese tipo y se torna ineficaz ante la comunidad usuaria (ver abajo un cuadro con más datos sobre este caso).

Podemos citar el caso de un poblador diagnosticado con VIH/SIDA que, precisamente, tenía el interés en ser trasladado por el puesto de salud a Bagua para hacerse los exámenes necesarios a fin de confirmar su diagnóstico; sin embargo, el personal de salud le refirió la necesidad de trasladar a un mínimo de cinco personas, por lo que debía esperar. Esta situación terminó desanimando al poblador de continuar con la ruta de la referencia, y ha optado por recurrir a la medicina indígena.⁸

8. Considerando las dificultades que se estaban presentando para que los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA accedieran a los hospitales para hacerse exámenes y recibir tratamiento, desde la Red de Condorcanqui se viene prestando una serie de facilidades

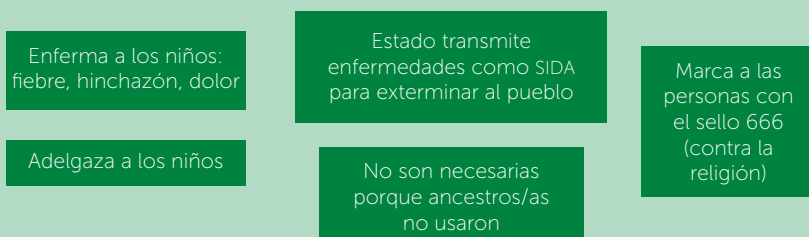
Los casos referidos están relacionados con los desencuentros culturales y el papel que puede cumplir el enfoque intercultural en salud, tal como lo vienen aplicando los enfermeros y enfermeras técnicos egresados del programa de AIDSESEP. Sin embargo, a la vez, nos recuerdan el papel gravitante de la falta de recursos de salud adecuados (capacidad resolutive) en las zonas en que viven las poblaciones indígenas de la Amazonía (caso del VIH), y de sus desconfianzas en las instituciones públicas y sus trabajadores (especialmente en el caso de las vacunas), que se explican en el marco de una larga relación de exclusión de las políticas del Estado. De allí que la respuesta a los problemas de salud de estos ciudadanos peruanos pasa tanto por los cambios que falta hacer en el sector Salud (implementación de la interculturalidad y mayor capacidad resolutive), como en lo referente a una relación más equitativa y de reconocimiento cultural y político por parte del Estado peruano.

para asegurar el acceso de las gestantes con VIH al tratamiento y el parto con cesárea, tales como asegurar el combustible y medio de transporte para el traslado de la paciente, cuente o no con seguro SIS, entre otras medidas. Así mismo, actualmente, con el apoyo de UNICEF, se ha abastecido de pruebas rápidas a todos los puestos de salud, con lo que ya no sería necesario el traslado hasta Bagua. El laboratorio del Hospital de Santa María de Nieva ha sido equipado y cuenta con personal especializado para el desarrollo de pruebas y brindar asistencia profesional.

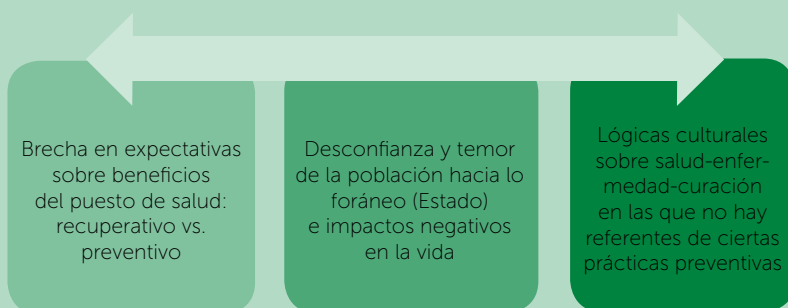
Situación de desencuentro 1: el rechazo de la población usuaria a la vacunación

La vacunación es uno de los procedimientos más rechazados por las poblaciones usuarias, siendo un problema que se presenta en otros lugares de la región Amazonas para el caso de atención a comunidades indígenas.

En las comunidades de estudio, especialmente en la de población awajún, se identificó una serie de razones que motivan el rechazo:



Se ilustran a continuación los factores que explican esta situación de tensión para la labor del personal de salud:



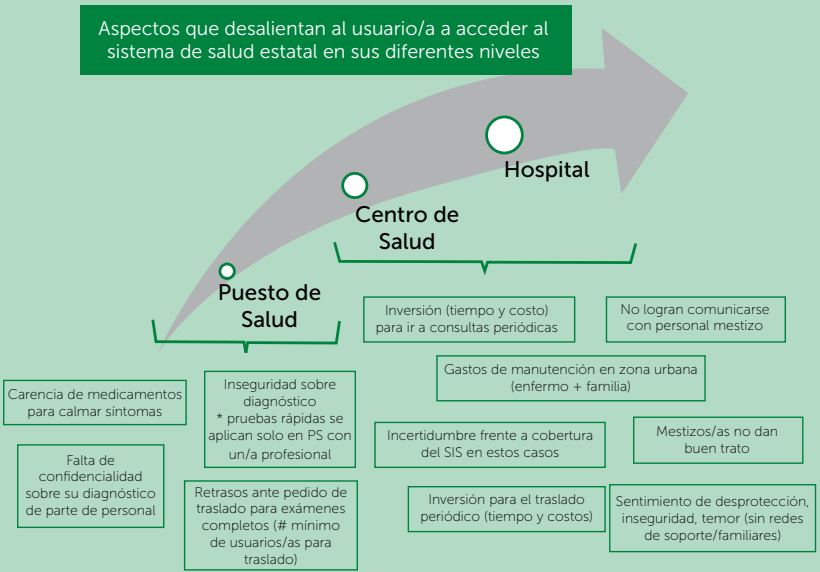
El personal de salud del puesto de salud awajún está buscando diferentes formas para hacer frente a este desencuentro; algunas son positivas y otras negativas para la relación con los usuarios:

- Explicación a usuarios/as sobre beneficios de la vacunación.
- Se resalta semejanza con población awajún y aceptación de la vacunación (enfermera técnica formada por AIDSESEP).
- Identificación de origen de ideas entre la población que desmotivan a la vacunación, para desmentirlas.
- Se oscila entre la comprensión de la negativa de usuarios/as y la insistencia en la aceptación de la vacunación.
- Se llama la atención frente a actitudes de maltrato al personal por la negativa a la vacunación (acusaciones, no recibimiento en casa, etc.).

**Situación de desencuentro 2:
falta de acceso de pacientes con VIH al servicio de salud**

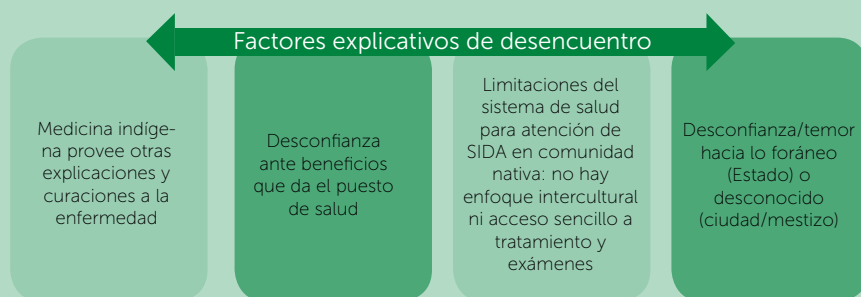
En el distrito de Imaza (Bagua) son todavía pocos los casos de personas reportadas con VIH/SIDA, en comparación con las cifras provinciales que evidencian el mayor número de casos en Condorcanqui, específicamente en el distrito de El Cenepa. El puesto de salud awajún observado era el único de su respectiva Microrred con cuatro pacientes diagnosticados con esta enfermedad; ninguno de ellos recibía tratamiento de parte del servicio de salud hasta el momento que finalizó nuestro estudio.

Los pacientes con VIH/SIDA deben acceder a exámenes y tratamiento en un servicio de salud fuera de su comunidad. Generalmente, es el Hospital de Bagua el nivel óptimo para la atención de estos casos. Se ha identificado una serie de aspectos que desalientan y limitan a estos pacientes a recibir una atención en salud, empezando porque, en su propio puesto de salud, no hay capacidad de respuesta, por no facilitar y cubrir el traslado de pacientes y contar con medicación adecuada para atender enfermedades asociadas al VIH/SIDA, entre otras.



Este desencuentro se basa no solo en la interpretación cultural diferente de una enfermedad, sino que también responde a las limitaciones en el servicio de salud que tienen que ver con formas de diagnóstico y provisión de tratamientos a las que sí quieren acceder los pobladores, pero que no se ajustan a sus condiciones y expectativas y, principalmente, no resuelven su problema de salud.

A continuación, se detallan los factores que explican esta situación de desencuentro:





Conclusiones

Nuestras conclusiones se sustentan en el estudio de la aplicación concreta y cotidiana de la salud intercultural en dos puestos de salud de Amazonas. Revelan tanto los esfuerzos y aportes del enfermero técnico y la enfermera técnica en salud intercultural formados en el programa de AIDESEP, como las posibilidades y limitaciones que enfrentan en el marco institucional del sector Salud en que laboran.

1. Aporte demostrado de la formación en salud intercultural a las mejoras en la calidad de atención

97

El personal técnico formado en salud intercultural en el programa de AIDESEP ha mejorado la calidad de atención de sus puestos de salud debido tanto a sus competencias profesionales en enfermería como a la implementación de prácticas de salud intercultural, tales como: entablar relaciones respetuosas, horizontales y de colaboración con la población, sus autoridades comunales y sabios indígenas; mejorar la pertinencia cultural de los servicios de salud; y revalorar las plantas medicinales y prácticas de salud indígena. Las poblaciones usuarias valoran las prácticas de salud intercultural mencionadas por darles mayor confianza para acudir a los establecimientos de salud y podemos decir que estas abordan aspectos de fondo en la relación social entre proveedores/as y usuarios/as de Pueblos Indígenas, como son el reconocimiento y diálogo horizontal con su población y cultura.

El estudio realizado demuestra las ventajas concretas de la formación del personal de salud en salud intercultural. Las prácticas descritas no nacen de una actitud “natural” de los enfermeros técnicos por ser indígenas, sino que estas son resultado de su preparación en salud intercultural obtenida en el Programa de Formación de AIDESEP. El impacto de la formación brindada

por AIDSESP es descrito y observado por el estudio en contraste con otro personal formado tradicionalmente, independiente de que sean o no indígenas.

2. Limitaciones institucionales para promover la salud intercultural

La continuidad, sostenibilidad y mayor impacto de los esfuerzos del personal de salud formado en salud intercultural para mejorar sus servicios desde esta perspectiva, se ven limitados por el escaso apoyo que tiene aún la salud intercultural en el marco institucional del sector. Los funcionarios de redes y microrredes aprecian las ventajas de la salud intercultural para el logro de coberturas en los puestos de salud, pero la salud intercultural como tal no es un criterio de evaluación del personal de salud ni suma como parte de sus principales actividades a rendir. La DIRESA no cuenta con especialistas ni recursos para darle continuidad a algunas iniciativas como los diálogos interculturales, la atención del parto vertical con pertinencia cultural, o la sensibilización y formación del personal en salud intercultural. A esto se suma que la política sectorial de salud intercultural aún no se implementa ni tiene asignado presupuesto, y la Reforma de Salud no contempla formas concretas de promoverla e implementarla.

98

3. Las condiciones laborales del personal de salud y la falta de capacidad resolutive de sus EESS contrarrestan sus esfuerzos para incorporar la salud intercultural

Las condiciones en que labora el personal de salud en las comunidades indígenas estudiadas como en otros pueblos indígenas amazónicos (Defensoría del Pueblo 2015), tienen serias consecuencias para la capacidad resolutive de los servicios de salud, como para la fuga del personal de mayor experiencia y capacitación. Ambos aspectos (la falta de capacidad resolutive y la alta rotación del personal de salud) alimentan desconfianzas en el sistema estatal de salud, las que van en sentido contrario a los esfuerzos que viene realizando el personal técnico formado en salud intercultural para mejorar la calidad de atención de sus establecimientos.

El personal asignado a puestos de salud de primer nivel enfrenta una serie de carencias para realizar sus labores tanto preventivas como asistenciales, incluyendo la falta de equipos, medicinas, vacunas, servicios básicos e infraestructura adecuada, combustible, medios de transporte y comunicación operativos, y una asignación mínima de viáticos para las

ocasiones en que deben salir fuera de la comunidad a realizar trabajo extramural (implica muchas veces días de caminatas y sortear peligros en el camino). Adicionalmente, el personal de salud se ve limitado en su capacidad de acción frente a las demandas de los usuarios afiliados y no afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS). Ello se debe a que las posibilidades del SIS como política para promover el acceso con equidad de los PPII amazónicos (como de otras poblaciones en situación de vulnerabilidad social) a servicios de salud de calidad, se ven disminuidas no solamente por las deficiencias de los servicios de salud públicos ya descritas, sino por dificultades para la afiliación (no tener DNI) y cierta confusión y descontento por la manera como vienen implementándose los beneficios del SIS (restricciones en cantidad de atenciones y medicamentos al mes). Todo ello mella la real capacidad del personal para responder a las necesidades de salud de los usuarios y usuarias y acercarse a las metas de cobertura exigidas por el sistema de salud oficial. A esto se suma que las condiciones de contratación del personal de salud (sueldos no competitivos, contratos cortos por sistema CAS, falta de incentivos, entre otros) no favorecen un trabajo de mediano o largo aliento en las comunidades indígenas —quienes valoran mucho la relación que empiezan a entablar con el personal de salud— y, por el contrario, dan pie a la alta rotación de personal y terminan expulsando a técnicos y profesionales de las comunidades indígenas.



Recomendaciones

Esperamos que nuestras recomendaciones puedan ser de utilidad para apoyar la continuidad de iniciativas en salud intercultural en la región Amazonas y en otros ámbitos de la selva peruana. Específicamente, nuestra investigación evidencia la importancia de contar con recursos humanos en salud formados con un enfoque intercultural para mejorar la calidad de atención y garantizar el respeto de los derechos de los PPII y, en general, para el cumplimiento de los objetivos y metas del sector. De allí que iniciativas como la de AIDESEP en la formación de personal técnico en salud intercultural deben ser aprovechadas y fortalecidas.

101

Varias de las recomendaciones propuestas tienen sustento en normas y documentos técnicos del Ministerio de Salud (MINSA) existentes que solo se han implementado de modo incipiente en la zona de estudio, tales como la Norma Técnica de Transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud (NTS N.º 047-MINSA/DGPS-V-01), el Documento Técnico Diálogo Intercultural en Salud (R. M. N.º 611-2014-MINSA), y la Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural (NTS N.º 033-MINSA). Así mismo, nuestro estudio evidencia que, para que el personal de salud pueda implementar la salud intercultural de manera consistente y extendida, se requiere urgentemente implementar la política sectorial de salud intercultural y que la Reforma de Salud la incluya transversalmente en los esfuerzos por superar la situación de inequidades en salud y atender los derechos en salud de los pueblos indígenas de nuestro país.

1. Incorporar prácticas concretas de salud intercultural tomando como referencia las normas y experiencias existentes

A la Dirección Regional de Salud de Amazonas, las Redes de Salud de Bagua y Condorcanqui, y personal de los puestos y centros de salud: incorporar como parte de la política regional y distrital las prácticas exitosas en salud intercultural que han permitido mejorar la calidad de atención de los puestos de salud estudiados y respetar los derechos de los PPIL, las cuales son:

- i. Establecer relaciones respetuosas, horizontales y de colaboración con las autoridades indígenas, la partera y otros especialistas indígenas, y la población en general, mediante:
 - Coordinación con las autoridades comunales para recoger las necesidades y recomendaciones de la población sobre la atención en salud haciendo uso de diagnósticos participativos u otras metodologías similares. Establecer reuniones periódicas (dos o tres veces por año) para realizar estas reuniones tanto en el ámbito local como de redes de salud y organizaciones indígenas con presencia de líderes varones y mujeres. Así mismo, fortalecer las coordinaciones con los representantes indígenas en el ámbito regional y distrital para planificar y monitorear conjuntamente el trabajo en salud. Esto se halla refrendado en la NTS N.º 047-MINSA/DGPS-V-01, donde se indica que se contará con la participación de decisores de los diferentes grupos étnico culturales y del sistema de salud oficial que compartan un territorio.¹
 - Establecer formas de cogestión con las organizaciones y autoridades de la comunidad para solicitar y conseguir recursos u otros apoyos institucionales (por ejemplo, municipios, programas de desarrollo y empresas que trabajen en la zona) para contar con recursos que permitan un reconocimiento

1. En el acápite referido a la participación ciudadana de la NTS N.º 047-MINSA/DGPS-V-01 se propone realizar “diagnósticos y planeamiento participativos con la población y tomar decisiones conjuntas sobre el diseño e implementación de los servicios de salud y sobre la oferta sanitaria para garantizar la adecuación de servicios a las necesidades reales y diferenciadas de la población, en particular de mujeres y varones y de las comunidades étnico culturales” (Numeral 7.2.2, literal “g”).

económico para la partera, la realización de obras de infraestructura u otras mejoras en el puesto de salud.

- Brindar un trato respetuoso y horizontal a usuarios y usuarias en la atención en salud, acorde con sus dinámicas cotidianas, necesidades, perspectivas de salud, lo que implica una actitud de escucha y buena disposición para entender sus puntos de vista, dificultades y desconfianzas.
- ii. Garantizar la pertinencia cultural en la atención de salud a través de:
- El uso del idioma materno de la población usuaria para lograr un buen entendimiento y se realicen procedimientos y trámites con mayor facilidad. Al respecto, en la NTS N.º 047-MINSA/DGPS-V-01 se indica que “el personal de salud, o parte de él, destacado en localidades con idioma o lengua distinta al castellano, deberá contar con conocimientos mínimos del idioma local, en caso contrario se solicitará apoyo de la comunidad para contar con traductor/a intérprete local” (p. 13).
 - La atención del parto en un trabajo coordinado y horizontal con la partera de la comunidad, y la disponibilidad del personal de salud para adecuarse/negociar las condiciones que demanda la usuaria para atender su parto. El resultado observado en el estudio ha sido mejorar significativamente la confianza entre las mujeres y el servicio de salud para la atención del parto.
 - Aplicar la pertinencia cultural como criterio general en las otras áreas de salud, además de la atención del parto.
- iii. Valorar la medicina indígena y sus especialistas, para lo que se requiere:
- Tener una actitud de apertura e interés por conocer la medicina indígena vigente entre la población usuaria. Para lograrlo se necesita un trabajo de formación (sensibilización y capacitación) y mecanismos institucionales que lo promuevan, como los que se especifican en los siguientes puntos y se establece también en la Norma Técnica de Transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud (NTS N.º 047-MINSA/DGPS-V-01) y el Documento Técnico Diálogo Intercultural en Salud (R. M. N.º 611-2014-MINSA).

- Conocer a los y las especialistas (o sabios/as) indígenas de cada comunidad y colaborar con ellos y ellas para la atención pertinente según el problema de salud que se presente. Un primer paso puede ser realizar un registro de parteras y otros especialistas indígenas presentes en cada comunidad, en coordinación con representantes indígenas.

2. Formar personal de salud en salud intercultural

Al Ministerio de Educación, universidades, institutos superiores y colegios profesionales:

- Considerar como una prioridad incorporar la salud intercultural como un enfoque transversal en las carreras profesionales y técnicas de salud, a fin de garantizar que el personal de salud cuente con competencias y un perfil más comunitario que responda a las necesidades y derechos de la población en un país multicultural, como es el Perú. Para este propósito, será pertinente recoger y adaptar los enfoques, contenido curricular y lecciones de la experiencia de AIDSESP para la formación de indígenas y no indígenas en enfermería técnica y en otras especialidades de la salud.
- En el corto plazo, mientras ocurren cambios curriculares, establecer un curso teórico-práctico obligatorio en salud intercultural como requisito para empezar el SERUMS en zonas con población indígena.
- El Ministerio de Educación debe cumplir con los acuerdos para reconocer formalmente el Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de AIDSESP. Específicamente, para el caso de la Región Amazonas, se debe regularizar el reconocimiento de la formación recibida en salud intercultural a la promoción de enfermeros técnicos que egresó del Instituto Superior Tecnológico Público Bagua.
- Promover en las regiones de la selva la recientemente creada carrera de “Enfermería Técnica Intercultural Bilingüe Amazónica” la que, si bien surgió en 2015 del silencio administrativo frente a una acción del Instituto Joaquín Reátegui y la Dirección Regional de Loreto con apoyo de AIDSESP, ahora que ya existe, tiene la oportunidad de adquirir un impulso propio.

A la Dirección Regional de Amazonas, las Redes de Salud de Bagua y Condoncanqui, AIDSESEP y organizaciones indígenas de la región:

- Identificar a las enfermeras y los enfermeros técnicos en salud intercultural y promover su ubicación laboral en establecimientos de salud en comunidades indígenas de la zona.
- Evaluar las capacidades y potencialidades del personal técnico en enfermería formado por AIDSESEP para que asuman diferentes roles y posiciones en la estructura del sistema de salud local, que permita involucrarlos y darles un reconocimiento específico por lo que pueden aportar en salud intercultural, sea en la parte asistencial, como de sensibilización y formación de sus pares.

3. Mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud

Al Ministerio de Salud:

- Concretar la propuesta de la Reforma de Salud respecto de incrementar la capacidad resolutive de los establecimientos de primer nivel. Las deficiencias y carencias presentadas en nuestros resultados sustentan la necesidad de transformar a los puestos de salud en minicentros de salud y a los centros de salud en minihospitales; es decir, ampliar y mejorar su espectro de procedimientos, equipos, profesionales, medicamentos, infraestructura, entre otros aspectos.

105

A la Dirección Regional de Salud y Redes de Salud:

- Mejorar el abastecimiento de medicamentos y otros insumos para la atención en salud, así como la dotación de equipos en buen estado y que permitan conservar los medicamentos. La Dirección Regional de Salud de Amazonas debe monitorear periódicamente el estado de estos equipos.
- Replantear las políticas para asignación y visitas periódicas de personal profesional y especialistas en puestos de salud de primer nivel, especialmente si son alejados, ya que actualmente el personal de salud no se da abasto con la carga laboral y no cumple con todas las expectativas de atención de los usuarios dada la diversidad y gravedad de los problemas de salud.

Al Gobierno Regional, las Municipalidades provinciales y locales:

- Mejorar las vías y los medios de comunicación, infraestructura y servicios básicos de los establecimientos de salud de primer nivel de atención. Especialmente, considerar aquellos cuya circunscripción albergue a comunidades indígenas muy alejadas y dispersas, dado que esto constituye un determinante de gran importancia para la capacidad resolutive de los servicios de salud.

A las organizaciones indígenas:

- Incluir temas de salud, saneamiento e infraestructura vial en la agenda de negociación y demandas de las organizaciones indígenas frente al Estado y las empresas privadas. Los aportes de AIDSESP a la formación en salud intercultural son un ejemplo alentador respecto de las contribuciones que las organizaciones indígenas pueden lograr siendo activas en este terreno.

4. Facilitar la forma de afiliación al SIS y mejorar su funcionamiento

Al Ministerio de Salud, Dirección Regional de Salud y Redes de Salud:

- Optimizar la implementación del SIS en las comunidades indígenas amazónicas. Esto implica: i) asegurar la afiliación automática al SIS de las poblaciones indígenas asentadas en zonas de pobreza y pobreza extrema, sin supeditarla a trámites y contar con documentación de identidad previa, aspectos que luego pueden ser regularizados con un trabajo coordinado con el RENIEC y municipalidades; ii) capacitar al personal de salud respecto de la aplicación de las normas del SIS y garantizar que el número de atenciones por mes y de dotación de medicamentos a los usuarios afiliados se realice de acuerdo con las necesidades justificadas de estos de hacer uso de los servicios de salud.
- Mejorar las condiciones del soporte y derivación que se brinda a los usuarios y usuarias de comunidades indígenas y que están pautadas por el SIS: presupuesto y condiciones logísticas como transporte, combustible y un motorista, así como la posibilidad de un acompañante o familiar y contar con intérprete, entre otras.

- Capacitar mejor al personal de salud para comunicar adecuadamente a la población usuaria y en su idioma materno acerca de los beneficios, alcances y limitaciones del SIS para sus atenciones en salud.

5. Condiciones laborales para el desempeño del personal de salud del primer nivel de atención

Al Ministerio de Salud y la Dirección Regional de Salud de Amazonas: es urgente mejorar las condiciones laborales del personal de salud asistencial, especialmente de aquellos que laboran en puestos de salud de primer nivel y en zonas alejadas donde se ubican comunidades indígenas. Se conoce que la actual Reforma de Salud cuenta con el lineamiento de replantear la política de gestión de recursos humanos, por lo cual se abre una ventana de oportunidad para hacer mejoras en los frentes de política de remuneraciones, formación de recursos humanos, esquema de incentivos no monetarios, entre otros.

En esta línea, se recomienda:

- Promover el nombramiento del personal de salud que labora en las comunidades indígenas que cumple con los requisitos de formación y experiencia, incluyendo tanto su desempeño técnico como en salud intercultural.
- Replantear las modalidades de contratación del personal técnico y profesional de reciente ingreso al sector. Específicamente, ampliar los períodos de contratación, ya que eso influiría positivamente en la construcción de relaciones de confianza con la población usuaria y facilitaría el acceso progresivo de esta al servicio de salud. Con períodos de más largo plazo, es posible también desarrollar prácticas de salud intercultural para mejorar la atención en salud.
- Considerar incentivos económicos y no económicos al personal de salud por trabajar en zonas de difícil acceso, carentes de condiciones óptimas como servicios básicos o medios de comunicación, factores que son expulsores del personal de salud. Se sugieren incentivos como mayor capacitación al personal de salud, así como cubrir los costos de movilidad para realizar gestiones fuera de la comunidad y para las ocasiones en que le corresponde tomar sus

días libres, ya que su traslado implica un presupuesto que merma significativamente sus honorarios laborales, debido al dinero que requieren invertir en transporte por la inaccesibilidad geográfica de las comunidades en que laboran.

- Establecer que el personal de salud coordine con la población usuaria sus horarios de atención, de manera que este se adecue a sus actividades diarias y a la vez permita un tiempo de descanso al personal. De igual manera, debe contemplarse personal de salud de reemplazo en ocasiones en que el personal de salud titular deba ausentarse por períodos largos de la comunidad

Para asegurar la frecuencia y calidad del trabajo extramural, en la medida en que supone una inversión de tiempo y un tipo de trabajo riesgoso y precario, pero a la vez necesario para el cumplimiento de las coberturas, se recomienda:

- Asegurar que los costos de traslado y manutención del personal de salud sea cubierto cuando visita anexos u otras zonas de la comunidad de difícil acceso.
- Incentivar la formación de agentes comunitarios que puedan apoyar al personal de salud cuando este se encuentre ausente y durante su trabajo cotidiano. En esta línea, se debe también reconocer el trabajo de estos agentes mediante la dotación de incentivos económicos y la cobertura de gastos de movilidad y otros que demanden su labor. Esta sugerencia ha sido dada también por la Defensoría del Pueblo (2015) al constatar las diferentes funciones que vienen cumpliendo los promotores comunitarios en ausencia del personal de salud y en las zonas más alejadas asignadas a la jurisdicción de los puestos de salud, donde el personal del puesto no puede llegar con frecuencia.

6. Multisectorialidad y determinantes sociales de la salud

Siendo la salud producto de diversos condicionantes sociales, y no solo resultado del acceso los servicios de salud, es indispensable que paralelamente a las mejoras en estos desde una perspectiva intercultural, se tomen en cuenta las condiciones sociales en que vive la población indígena amazónica. Esto último influye enormemente en su situación de salud y en el éxito

del tratamiento de las enfermedades que los aquejan. Ello implica que se implementen políticas multisectoriales para reducir la pobreza y ampliar las oportunidades de desarrollo de las mujeres y hombres indígenas, así como que se respeten sus derechos individuales y colectivos a tomar decisiones sobre sus territorios y los recursos naturales que constituyen su medio de vida. Ello implica que se continúen haciendo los esfuerzos de trabajo conjunto de instituciones públicas y de la sociedad civil, como el de la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza. Así mismo, es indispensable que puedan concretarse esfuerzos articulados multisectoriales para disminuir y prevenir la desnutrición crónica infantil y la anemia, la mortalidad materna e infantil, los embarazos no deseados, el VIH y la diabetes, entre otros problemas de salud que tienen indicadores preocupantes en la región Amazonas y otras de la selva peruana. En estos esfuerzos es indispensable que se tomen en cuenta las necesidades y lógicas culturales de los pueblos indígenas amazónicos, así como que se reconozca efectivamente su participación en las decisiones de política que afectan sus condiciones y modos de vida. Solo de este modo será posible hacer un quiebre en la historia de marginación e inequidades sociales que han experimentado los pueblos indígenas de la Amazonía.

Anexo 1
Entrevistas realizadas

Tipo de informante	Caso: Comunidad wampis	Caso: Comunidad awajún
Nivel: Comunidades y Puestos de salud		
Usuarios y usuarias del puesto de salud	14	13
Pobladores no usuarios		3
Autoridades de la comunidad	4	6
Especialistas en medicina indígena	3	1
Agentes comunitarios en salud	1	1
Profesores de la comunidad	2	4
Enfermeras y enfermeros técnicos en salud intercultural	3	3
Familiares de enfermeras y enfermeros técnicos en salud intercultural	1	1
Personal de salud	1	3
Nivel: Microrredes de Salud		
Jefe	1	
Personal de Salud	3	2
Nivel: Redes de Salud, Institución Educativa y Organización Indígena Regional		
Director o responsable de Salud Pública	2	1
Responsable de Promoción de la Salud y Estrategia Sanitaria de Pueblos Indígenas	2	2
Responsables de áreas críticas: materna, enfermedades de transmisión sexual	1	2
Representante de Institución Educativa (Tecnológico de Bagua)	1	
Profesor		1
Dirigente indígena regional (ORPIAN-P)	1	
SUBTOTALES	40	43
TOTAL	83 entrevistas	



Referencias bibliográficas

ALARCO, José y Lucía CANO

- 2012 *Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica para el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Indígena de los Pueblos Jíbaros de la Amazonía norte del Perú*. Informe final. Lima: Runakayperú.

ANDERSON, Jeanine

- 2001 *Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.

BAER, Hans, Merrill SINGER e Ida SUSSE

- 1997 *Medical anthropology and the world system. A critical perspective*. Westport, CT: Bergin y Garvey.

CÁRDENAS, Cynthia

- 2013 *Construyendo puentes: Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural en Bagua. Memoria de una propuesta de formación a nivel superior tecnológico desde las organizaciones indígenas. 2009-2012*. Lima: AIDESEP.

CÁRDENAS, Cynthia y M. Amalia PESANTES

- 2011 *Fortalecimiento de competencias interculturales del Proyecto de Salud Intercultural Amazónica en ORPIAN*. Informe final del proyecto Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica para el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Indígena de los Pueblos Jíbaros de la Amazonía Norte del Perú para AIDESEP, UNICEF y NORDECO. Lima.

CARPIO, Lucy del

- 2013 "Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 30 (3): 461-464. Lima.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

- 2008 *La salud de las comunidades nativas. Un reto para el Estado*. Informe Defensorial N.º 134. Lima: Defensoría del Pueblo.
- 2015 *La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural*. Informe Defensorial N.º 169. Lima: Defensoría del Pueblo.

DIEZ, Alejandro

- 2009 "Entre la cultura y la interculturalidad". En Enríque Rivera, ed., *La interculturalidad como principio ético para el desarrollo de nuestros pueblos*. Arequipa: INACET.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE AMAZONAS-GOBIERNO REGIONAL DE AMAZONAS

- 2013 *Análisis de la situación de salud 2011*. Chachapoyas: Dirección Regional de Salud de Amazonas-Oficina de Epidemiología.

FARMER, Paul

- 1999 *Infections and inequalities. The modern plagues*. Berkeley: University of California Press.

FORNET, Raúl

- 2000 *Interculturalidad y globalización*. San José de Costa Rica: Editorial DEI.

HVALKOF, Soren, ed.

- 2003 *Sueños amazónicos. Un programa de salud indígena en la selva peruana*. Copenhagen: Fundación Karen Elise Jensen y NORDECO.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI) Y MINISTERIO DE AGRICULTURA Y RIEGO

- 2013 *Resultados definitivos: IV Censo Nacional Agropecuario 2012*. Lima: INEI.

MEDINA, Armando y Julio MAYCA

- 2006 "Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas awajún y wampis". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 23(1): 22-23.

MEDINA, Armando y Oswaldo SALAVERRY

- 2013 "Los 'hueseros' wampis: atención tradicional en una comunidad indígena de la Amazonía peruana". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 30(2): 340-343.

METTE, Dorte

- 2003 "Un alma financiera-notas de campo". En Soren Hvalkof, ed., *Sueños*

amazónicos. Un programa de salud indígena en la selva peruana (pp. 120-136). Copenhague: Fundación Karen Elise Jensen y NORDECO.

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

- 2005 *N. T. N.º 033-MINSA/DGSP-V.01, Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural*. Lima: MINSA-Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- 2006 *N. T. N.º 047-MINSA/DGSP-V-01, Norma técnica para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, enfoque de género e interculturalidad en salud*. Lima: MINSA-Dirección General de Promoción de la Salud.
- 2013 *Comunidades Indígenas: caracterización de su población, situación de salud y factores determinantes de la salud-2012*. Lima: MINSA-Oficina General de Estadística e Informática.
- 2014 *Resolución Ministerial N.º 611-2014/MINSA, Documento Técnico: Diálogo Intercultural en Salud*. Lima: MINSA.

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)-DIRECCION GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS,
ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- 2007 *Tan cerca, tan lejos: una mirada a las experiencias exitosas que incrementan el parto institucional en el Perú*. Lima: MINSA.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

- 2014 *Estado de salud y nutrición de los niños menores de 5 años pertenecientes a las poblaciones indígenas y no indígenas de Bagua y Condorcanqui en la región Amazonas 2012*. Informe Técnico Proyecto Mejora de la salud de mujeres y niños de poblaciones excluidas en América Latina y el Caribe. Lima: OPS.

PESANTES, M. Amalia

- 2014 *Out of sight out of mind: intercultural health technicians in the Peruvian Amazon*. Tesis para otra el grado de Ph.D. en Antropología. Pittsburgh: University of Pittsburgh.

RAMÍREZ, Susana

- 2011 *Salud intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT.

REÁTEGUI, Juan

- 2003a "El origen del Programa de Salud Indígena-PSI". En Soren Hvalkof, ed., *Sueños amazónicos. Un programa de salud indígena en la selva peruana* (pp. 98-104). Copenhague: Fundación Karen Elise Jensen y NORDECO.
- 2003b "El Programa de Salud Indígena-PSI-AIDSESP". En Soren Hvalkof, ed., *Sueños amazónicos. Un programa de salud indígena en la selva peruana* (pp. 178-185). Copenhague: Fundación Karen Elise Jensen y NORDECO.

- 2003c "Hacia una formación de técnicos en sistemas de salud indígena". En Soren Hvalkof, ed., *Sueños amazónicos. Un programa de salud indígena en la selva peruana* (pp. 312-326). Copenhagen: Fundación Karen Elise Jensen y NORDECO.

REYES, Esperanza

- 2007 *En nombre del Estado. Servidores públicos en una microrred de salud en la costa rural del Perú*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

RODRÍGUEZ, R. Alfredo, M. Isolina VALDEZ y Juan REÁTEGUI

- 2009 "Formación de enfermeros técnicos en salud intercultural: una experiencia de cooperación entre las organizaciones indígenas de la Amazonía peruana, el Estado y un instituto tecnológico". En D. Mato, ed., *Educación superior, colaboración intercultural y desarrollo sostenible/Buen Vivir. Experiencias en América Latina* (pp. 87-114). Caracas: UNESCO-IESALC.

ROJAS, Rocío

- 2005 *Programa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Plan de Acción 2005-2007*. Washington D.C.: OPS-Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas.

SKIELBOE, Thomas

- 2003 "El desarrollo del proyecto PSI-AIDSESP". En Soren Hvalkof, ed., *Sueños amazónicos. Un programa de salud indígena en la selva peruana* (pp. 106-118). Copenhagen: Fundación Karen Elise Jensen y NORDECO.

TUBINO, Fidel

- 2004a "Del interculturalismo funcional al interculturalismo crítico". En Mario Samaniego y Carmen Gloria Samaniego, comps., *Rostros y fronteras de la identidad* (pp. 151-164). Temuco: Universidad Católica de Temuco.

- 2004b *El interculturalismo latinoamericano y los Estados Nacionales*. Texto presentado como conferencia magistral en el Foro Latinoamericano sobre Interculturalidad, Ciudadanía y Educación, organizado por FLAPE en noviembre de 2004 en México.

UNICEF (FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA) Y AECID

(AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO)

- 2010 "Componente antropológico". En *Estudio sobre dimensión cualitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del recién nacido, en un área rural andina y amazónica del Perú* (cap. II). Lima: UNICEF.

WALSH, Catherine

- 2007 "Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento otro desde la diferencia colonial". En J. L. Saavedra, comp., *Educación superior, interculturalidad y descolonización* (pp. 175-213). Bolivia: PIEB.



Horacio Urteaga 694, Jesús María, Lima 11, Perú | Telf +51 1 332 6194 | Fax +51 1 332 6173
f institutodeestudiosperuanos | @IEPeruanos | fondoeditorial@iep.org.pe | www.iep.org.pe/fondoeditorial